

Liliane de Lourdes Teixeira Silva

**TENTATIVA DE AUTO-EXTERMÍNIO ENTRE
ADOLESCENTES E JOVENS:
UMA ANÁLISE COMPREENSIVA**

Belo Horizonte – MG
Escola de Enfermagem da UFMG
2010

Liliane de Lourdes Teixeira Silva

**TENTATIVA DE AUTO-EXTERMÍNIO ENTRE
ADOLESCENTES E JOVENS:
UMA ANÁLISE COMPREENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Anézia M. F. Madeira

Belo Horizonte – MG
Escola de Enfermagem da UFMG

2010

S586t Silva, Liliane de Lourdes Teixeira.
Tentativa de auto-extermínio entre adolescentes e jovens [manuscrito];
uma análise compreensiva. / Liliane de Lourdes Teixeira Silva. -- Belo
Horizonte: 2010.
102f.
Orientadora: Anézia Moreira Faria Madeira.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola
de Enfermagem.

1. Tentativa de Suicídio. 2. Psicologia do Adolescente. 3. Pesquisa
Qualitativa. 4. Adolescente. 5. Entrevistas. 6. Enfermagem. 7. Dissertações
Acadêmicas. I. Madeira, Anézia Moreira Faria. II. Universidade Federal de
Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WS 350.8

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Ronaldo Tadêu Pena

Vice-Reitora: Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitora de Pós-Graduação: Elizabeth Ribeiro da Silva

Escola de Enfermagem

Diretora: Marília Alves

Vice-Diretora: Andréa Gazzinelli Corrêa Oliveira

Departamento de Enfermagem Materno – Infantil

Chefe: Jorge Gustavo Velásquez Melendes

Sub-Chefe: Lenice de Castro Mendes Villela

Colegiado de Pós-Graduação

Coordenadora: Cláudia Maria de Mattos Penna

Sub-Coordenadora: Tânia Couto Machado Chianca

Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação: Mestrado em Enfermagem

Dissertação intitulada: **“TENTATIVA DE AUTO-EXTERMÍNIO ENTRE ADOLESCENTES E JOVENS: UMA ANÁLISE COMPREENSIVA”**, de autoria da mestrandia Liliane de Lourdes Teixeira Silva, aprovada pela Banca examinadora, constituída pelos seguintes professores:

Dr.^a Anézia Moreira Faria Madeira (Orientadora)

Dr.^a Maria Cristina Pinto de Jesus

Dr.^a Amanda Márcia dos Santos Reinaldo

Belo Horizonte, 18 de fevereiro de 2010

DEDICATÓRIA

A meu pai, pela escuta e pelo carinho, pelo exemplo de homem, profissional e amigo. Pai, não seria possível chegar aqui sem você.

A minha mãe pelo amor e pela força, pelo estímulo nos momentos em que o cansaço falava mais alto. Essa conquista também é sua, pois o sonho não foi só meu.

A meus irmãos, por estarem a meu lado, serem presença constante, mesmo distante fisicamente.

A Igor, pelo amor, companheirismo e dedicação dispensados a mim. Os frutos plantados por esse caminho, nós os colheremos juntos.

Por fim, a Isis, com quem tanto tenho aprendido sobre a vida, a força e a coragem para vencer os obstáculos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me proporcionar força e coragem para persistir na caminhada e chegar até aqui.

À professora Dr.^a Anézia Moreira Faria Madeira, por acreditar em meu sonho e contribuir de maneira imensurável para meu crescimento.

A meus avós e a Tia Cleides que, mesmo distantes, estiveram sempre tão presentes, em pensamento.

À família Santos Neves, minha segunda família, por serem tão especiais, acolhedores e carinhosos.

A Eliana Villa, mestre sempre em meu caminho, pelo exemplo de profissional, pela amizade e vibração.

À família GENP, Lulude, Dani, Pedro, Nay, Rafa e Fifi, que compartilharam comigo essa caminhada e foram fundamentais para que ela pudesse se concretizar. Em especial, a Cristiane, por ter tornado esse caminho mais leve e divertido e pelo apoio constante em meu trilhar.

À Equipe de Saúde da Família de Senhora do Carmo que, mais uma vez, foi essencial em minha formação profissional. Agradeço a todos, pelo apoio incondicional e pelos esforços dispensados para que eu pudesse realizar esta pesquisa.

Aos adolescentes que participaram deste trabalho, por terem permitido que eu entrasse em seu mundo e compreendesse o significado de sua experiência.

“Penso noventa e nove vezes e nada descubro; deixo de pensar, mergulho em profundo silêncio - e eis que a verdade se me revela.”

Albert Einstein

SILVA, L. L. T. **Tentativa de auto-extermínio entre jovens e adolescentes: uma análise compreensiva.** 2010. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

RESUMO

Estudo de natureza qualitativa com abordagem fenomenológica que teve como objetivo compreender o significado da tentativa de auto-extermínio na vida de jovens e adolescentes que atentaram contra a própria vida. A pesquisa foi realizada em Senhora do Carmo, distrito do Município de Itabira, MG. Participaram do estudo quatro adolescentes que já tentaram o auto-extermínio. Os dados foram coletados por meio de entrevista aberta guiada pela questão norteadora: “*O que foi para você a tentativa de suicídio?*” Os discursos dos sujeitos foram analisados segundo a análise ideográfica compreensiva de Martins e Bicudo (1989), e as categorias interpretadas, incipientemente, à luz dos filósofos Merleau-Ponty e Martin Heidegger. A análise compreensiva dos depoimentos confluiu para três grandes categorias que sinalizam o vivido pelos adolescentes e jovens antes e após a tentativa de auto-extermínio: 1-Tentativa de suicídio: as razões para o ato. Mostra o que levou esses sujeitos a atentarem contra a própria vida; 2 – O vivido após a tentativa de auto-extermínio. Fala dos sentimentos experienciados pelo adolescente após o suicídio; 3 – A reconstrução do caminho. Mostra como esses adolescentes e jovens conseguiram (re)construir seus caminhos e buscar alternativas para a solução de suas angústias. Os adolescentes e jovens, por não conseguirem estabelecer um diálogo com o mundo, usam seu corpo como forma de expressão. O suicídio foi um ato impulsivo, que gerou arrependimento para todos os entrevistados. Para que esses jovens pudessem (re)construir seu caminho, a sociedade, a família e os profissionais de saúde foram essenciais. A pesquisa aponta caminhos possíveis para a prevenção do auto-extermínio na comunidade. A realização de ações interdisciplinares para ampliação dos espaços de cultura, lazer, além do acesso a profissionalização foram apontados como pontos a serem trabalhados em Senhora do Carmo.

Palavras-chave: Suicídio, adolescência, juventude, fenomenologia, enfermagem.

SILVA, L. L. T. **Attempted of self-annihilation among teenagers and adolescents: a comprehensive analysis.** 2010. 102f. Thesis. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

ABSTRACT

This is a qualitative study with a phenomenological approach that aimed to understand the meaning of self-annihilation attempt in the lives of teenagers and adolescents who tried to take their own lives. The research was conducted in Senhora do Carmo, Minas Gerais, Brazil. The participants were four adolescents who have attempted self-extermination. Data was collected through open interview guided by the question: "What did it mean for you to attempt suicide?" The answers of the participants were analyzed according to the ideographic comprehensive analysis of Martins and Bicudo (1989), and the categories were interpreted, incipiently, in the light of the philosophers Merleau-Ponty and Martin Heidegger. The comprehensive analysis of the testimony converged into three major categories that indicate what was experienced by adolescents and teenagers before and after the self-annihilation attempt: 1-Suicide attempt: reasons for the act. Shows what led these people to try to take their lives; 2 – What was experienced after the self-extermination attempt. It talks about the feelings experienced by the teenager after suicide; 3 - The reconstruction of the road. Shows how these adolescents and teenagers were able to (re) construct their roads and seek alternatives to solve their troubles. Adolescents and teenagers use their body as a form of expression when they can not establish communication with the world. The suicide was an impulsive act, which led all the interviewed to regret. For these teenagers (re) build their road, society, family and health professionals were essential. The study suggests possible ways for the prevention of self-extermination in community. The implementation interdisciplinary actions to increase opportunities for culture, leisure, and access to professional training were identified as strategic points to be worked on Senhora do Carmo.

Keywords: Suicide, adolescence, youth, phenomenology, nursing.

LISTA DE SIGLAS

OMS -	Organização Mundial de Saúde
SIM -	Sistema de Informações em Mortalidade
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ECA -	Estatuto da Criança e do Adolescente
ACS -	Agente Comunitário de Saúde
PSF -	Programa de Saúde da Família
ESF -	Equipe de Saúde da Família
COEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
UFMG -	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	O DISCURSO DA LITERATURA	16
2.1	A adolescência	16
2.2	A juventude	22
2.3	O suicídio em um contexto mais abrangente	25
2.4	O suicídio entre jovens e adolescentes	30
3	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	36
3.1	A escolha da abordagem	36
3.2	Os momentos da fenomenologia	39
3.3	O cenário da pesquisa	41
3.4	O retorno ao cenário de estudo	42
3.5	O encontro com os sujeitos da pesquisa	44
3.6.	Em busca da essência do fenômeno	49
3.7	Alguns pressupostos da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty e Martin Heidegger	54
3.7.1	<i>Maurice Merleau-Ponty</i>	54
3.7.2	<i>Martin Heidegger</i>	56
4	CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS	58
4.1	Tentativa de suicídio: as razões para o ato	58
4.1.1	<i>A impulsividade...</i>	58
4.1.2	<i>A desestruturação familiar...</i>	64
4.1.3	<i>A instabilidade emocional...</i>	67
4.2.	O vivido após a tentativa de auto-extermínio	68
4.2.1	<i>O arrependimento...</i>	68
4.2.2	<i>O preconceito...</i>	73
4.3	A reconstrução do caminho	74
4.3.1	<i>A busca pelo apoio profissional...</i>	75
4.3.2	<i>O apoio social...</i>	77

4.3.3	<i>O filho como motivação existencial...</i>	80
4.3.4	<i>O apoio espiritual...</i>	82
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Responsável pelo Adolescente	93
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Adolescente	94
	APÊNDICE C – Entrevista 1	95
	APÊNDICE D – Entrevista 2	96
	APÊNDICE E – Entrevista 3	97
	APÊNDICE F – Entrevista 4	99
	ANEXO A – Carta de Anuência	100
	ANEXO B – PARECER COEP-UFMG	102

1 INTRODUÇÃO

O adolecer, fenômeno paradoxalmente simples e complexo, tornou-se alvo de meus interesses durante a graduação em Enfermagem. No ano de 2004, ingressei, como voluntária, no Programa de Aprimoramento Discente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG “O cuidar de crianças e adolescentes”, no Sub-Projeto “Assistência à criança e ao adolescente em nível primário de atenção”. Por dois anos, desenvolvi, juntamente com parceiras de projeto, atividades voltadas ao desenvolvimento saudável e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens de uma Escola da área de abrangência de um Centro de Saúde da Administração Regional Centro-Sul da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Durante as Oficinas educativas, abordávamos temas diversos com cerca de 100 adolescentes com idade entre 11 e 19 anos. A partir desse momento, o universo adolescente permeou minha formação acadêmica, participei do adolecer de muitos jovens, ensinando, mas também aprendendo com suas histórias de vida e seu crescimento.

No desenvolvimento do estágio supervisionado do Internato Rural, disciplina do oitavo período do Curso de Enfermagem da UFMG, realizado em um distrito do município mineiro de Itabira, pude observar a pouca atenção dada à população adolescente no que se refere a ações de promoção à saúde. O primeiro contato com uma jovem no Centro de Saúde foi devido a um atendimento de emergência pela tentativa de suicídio. Era a primeira vez que me deparava, como profissional de saúde, com aquela situação: uma adolescente vivendo uma tentativa de auto-extermínio. Durante o atendimento, era visível a angústia da jovem, da família e dos profissionais que prestavam os cuidados, não só pelos procedimentos realizados e pela temeridade da morte, mas pelo ato cometido pela adolescente.

Após um pequeno intervalo de tempo, foram realizados outros atendimentos de emergência a adolescentes suicidas. A Equipe de Saúde da Família local tentou traçar estratégias de prevenção ao suicídio devido ao número crescente de tentativas de auto-extermínio observadas naquela comunidade. Contudo, até o fim de meu estágio, tais estratégias não foram concretizadas, talvez pela dificuldade em compreender as motivações desses jovens para praticar tal ato,

ou mesmo pelas dificuldades da própria equipe como a falta de profissionais para a assistência básica à população.

Nos meses que se seguiram, durante um estágio hospitalar, outro jovem suicida entrou em meu caminho lutando contra as consequências da ingestão de soda cáustica: uma estenose de esôfago que o impediu de se alimentar por via oral durante vários meses. As consequências da tentativa de suicídio tornaram-se insuportáveis e o adolescente chegou a roubar restos de alimentos no hospital vomitando-os depois, uma vez que seu organismo não aceitava a dieta.

Os atos cometidos por esses jovens suicidas provocaram, em mim, uma profunda inquietação acerca da temática suicídio na adolescência. A morte, no caso, auto-provocada, se antagonizava com minha experiência do adolescer que até então significava a busca e a descoberta da essência da vida. Na maioria dos casos de tentativa de auto-extermínio, observei que os adolescentes não tinham consciência da gravidade de seu ato, a tentativa de auto-extermínio foi um pedido de socorro e de atenção à sociedade. O suicida quer morrer, mas também quer viver, ele está em conflito e uma ajuda ou ameaça pode decidir a direção que vai ser tomada (CASSORLA, 1998).

Em meus estudos, observei que a adolescência é considerada um dos períodos mais propícios ao suicídio, pelas mudanças e adaptações por que passa o indivíduo em várias dimensões de sua vida. Nessa fase, há o conflito com o início das relações sexuais, momentos de incerteza, insegurança, ansiedade, isolamento, transtornos de vínculos afetivos, consolidação de auto-imagem e auto-estima, amadurecimento emocional e mental, questionamentos sobre imposições, regras, valores, transgressões dessas regras, imediatismo, sentimento de onipotência, indestrutibilidade. O adolescente deve aprender a lidar com seu novo corpo e com o corpo do outro, fator que gera uma imensa carga de ansiedade e insegurança (BOUCHARD, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2000), a taxa oficial de mortalidade por suicídio, no Brasil, é de aproximadamente 4,1 por 100 mil para a população como um todo. O grupo de jovens brasileiros foi a população cujas taxas de suicídio mais cresceram nos últimos 20 anos. Pela OMS, 55% dos suicídios, em 1998, foram cometidos por pessoas entre cinco e 44 anos. Em Minas Gerais, segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde, entre os anos de 1996 a 2004, a mortalidade decorrente de suicídio aumentou em 33,3%. Destaca-se, ainda, o

aumento dos coeficientes de mortalidade dos jovens de 15 a 29 anos por suicídio, (47,5%), entre 2000 e 2004. No último ano, esse grupo passou a ser o segundo de maior risco de morte por suicídio. As jovens de 15 a 29 anos apresentaram um aumento progressivo nos coeficientes de mortalidade por suicídio a partir do ano 1999, atingindo 107,7% em 2004 (MINAS GERAIS, 2006). No ano de 2006, os óbitos por lesões auto-provocadas (suicídios) no estado de Minas Gerais, apresentaram peso relativo de 7,5% entre os jovens de 20 a 29 anos e de 10,3% entre os de 20 a 39 anos (MINAS GERAIS, 2007).

O fenômeno do suicídio na adolescência vem, portanto, tomando proporções preocupantes, não só por suas expressões numéricas, mas também pelos impactos psíquicos, econômicos e desestruturantes provocados no seio de instituições como a família, o sistema de saúde e a sociedade. A tentativa de suicídio na adolescência mostra-se como sinal de alarme, uma vez que reflete um fracasso do processo de adolecer, contrapondo-se à essência dessa fase, que é o existir. Portanto, é necessário ampliar e aprofundar os estudos sobre o problema, procurando soluções e melhoria da assistência prestada à população adolescente.

Durante as apresentações do pré-projeto nas aulas do mestrado, descobri que falar sobre suicídio não seria fácil. Sempre que se iniciava uma discussão acerca de meu projeto, percebia certo constrangimento e incômodo naqueles que me ouviam. O suicídio, apesar de acontecer diariamente em todos os locais do planeta e de estar entre as dez maiores causas de morte em todos os países, é ainda um grande tabu, pois falar de suicídio é falar de morte e esse é um tema do qual as pessoas buscam distanciamento.

Dados do Sistema de Informações de Mortalidade demonstram que, entre os anos de 2001 e 2005, foram registrados 20 óbitos relacionados à morte auto-provocada em Itabira (BRASIL, 2008). Foi interessante observar que as notificações tiveram um aumento progressivo, no Brasil, a partir do ano de 2004. Em 22 de dezembro de 2005, o Ministério da Saúde, pela Portaria N 2.5421GM, instituiu um Grupo de Trabalho, com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio, que ressalta a importância epidemiológica do registro do suicídio (BRASIL, 2005).

Um estudo realizado por, Souza; Minayo e Cavalcanti (2007) demonstra que as taxas de suicídio em Itabira são mais elevadas do que as da população brasileira. A população do município verbaliza sua preocupação com o crescimento

desse fenômeno que coincidiu com a reestruturação produtiva na indústria da mineração de ferro, atividade geradora da maior parte dos empregos do município. Em um levantamento de dados sobre suicídio em Itabira, entre 1990 e 2001, feito por meio do Sistema de Informações de Mortalidade – SIM, do Cartório Municipal e do Batalhão da Polícia Militar, foram identificadas 64 mortes por suicídio, resultando em uma média anual de 5,3 para cada 100.000 habitantes, sendo que a população em faixa etária jovem (15 a 24 anos) correspondeu a 29,7% dos registros. Em seu estudo, Souza; Minayo e Cavalcanti (2007) relatam ainda que boa parte das tentativas de suicídio atendidas nas emergências de Itabira não foi notificada.

Não se podem fechar os olhos. Não se pode fingir que nada está acontecendo pois, como descrito no estudo citado, adolescentes e jovens suicidas chegam diariamente às Unidades de emergência em busca de atendimento. Com eles, chegam histórias de medo, angústias, conflitos e frustrações que provavelmente influenciaram essa tomada de decisão tão dura.

Como profissional de saúde que lida diariamente com adolescentes, sinto que é necessário entrar no mundo-vida desses jovens para compreender suas atitudes. Portanto este estudo tem como objetivo, **compreender o significado da tentativa de auto-extermínio para adolescentes e jovens de 15 a 24 anos, que já atentaram contra a própria vida em Senhora do Carmo – Distrito de Itabira, Minas Gerais.**

Dessa maneira, ao desvelar o significado do suicídio em Senhora do Carmo, pretendo auxiliar os profissionais de saúde que cuidam dessa população a compreender o que se passa com seus adolescentes e jovens.

2 O DISCURSO DA LITERATURA

2.1 A adolescência

Após a delimitação do fenômeno a ser estudado “O significado do suicídio entre jovens e adolescentes”, iniciei a busca de referencial que pudesse dar suporte ao percurso de minhas indagações.

O termo adolescência deriva do verbo latim (*ad* = para e *olescere* = crescer), apontando para uma fase de crescimento e amadurecimento, na qual ocorrem mudanças físicas e também sociais. Essa fase inicia-se com os sinais da puberdade e tem fim quando as responsabilidades adultas são amplamente assumidas pelos jovens (TRAVERSO-YEPEZ; PINHEIRO, 2002).

Apesar de ser um termo utilizado há pouco tempo, existem relatos da adolescência desde a Antiguidade egípcia e greco-romana. Contudo, tal fase era descrita como um período sem grande importância, não era atribuído valor algum aos jovens, considerados apenas adultos em miniatura. A partir da Revolução Industrial, a adolescência começa a ser reconhecida e entendida como um momento importante do desenvolvimento humano. No século XX, os jovens passam seu tempo cada vez mais juntos, em escolas e grupos, o que leva a um incremento dessa cultura e a um delineamento do espaço adolescente na sociedade (BEIRÃO *et al*, 2006).

De acordo com Organização Mundial de Saúde, a adolescência constitui um processo fundamentalmente biológico de vivências orgânicas, no qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Abrange a pré-adolescência (faixa etária de 10 a 14 anos) e a adolescência propriamente dita (dos 15 aos 19 anos). Entretanto, a própria OMS entende que não é possível impor limites específicos à adolescência, e que esse termo corresponde a uma classificação social que varia tanto em sua composição como em suas implicações OMS (2000).

A adolescência começa na puberdade e seu término depende da cultura de cada comunidade. É necessário que se considerem as características da sociedade e a individualidade do sujeito. A adolescência, em sociedades com

estilos de vida simplórios, tende a ser mais curta, enquanto que, em sociedades tecnologicamente mais desenvolvidas, tem sua duração prolongada (TRAVERSO-YEPEZ; PINHEIRO, 2002).

Devido à complexidade da definição de uma faixa etária, a OMS considera, ainda, que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos. Esses conceitos comportam desdobramentos, identificando-se adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos). Para a lei brasileira, a adolescência comporta a faixa etária de 12 a 18 anos. Nota-se um descompasso entre a fixação etária do Estatuto da Criança e do Adolescente e a da OMS, também adotada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Baseada no paradigma biomédico, a descrição da adolescência tomou proporções limitantes, sendo considerada apenas como uma fase de maturação biológica e sexual; fase de transição entre a infância e a vida adulta. Porém, essa fase de inúmeras mudanças e complexas adaptações, não pode se restringir a uma cronologia e ao fator de maturação biológica, o que limita e contradiz sua verdadeira essência. A vivência da adolescência pode ser enfrentada de diferentes maneiras, pois não é coletiva e sim individual e, por isso mesmo, pode ter duração diferente para cada indivíduo.

É complexo relacionar o final da adolescência com uma idade cronológica, pois não há critérios rígidos que definam seu término. A transição para o mundo adulto pode ser observada quando o jovem adquire maior autonomia e independência em diversos campos da vida, expressa a possibilidade de manter-se profissionalmente, adquire e consolida valores pessoais, estabelece uma identidade sexual e é capaz de manter relações afetivas estáveis, tanto com as gerações precedentes quanto com seus familiares e outros membros da sociedade (MINAS GERAIS, 2006).

A adolescência é uma condição que está permeada pelas questões biológicas, mas não se restringe aos limites do corpo, do natural, na medida em que as necessidades de saúde dos adolescentes extrapolam estas categorias ao expressarem-se relativamente pouco em termos de agravos orgânicos (AYRES, 1993, p. 143 *apud* RAMOS, PEREIRA e ROCHA, 2007).

A adolescência é considerada uma fase crítica, em que ocorrem transformações importantes e tem como principal característica a busca pela identidade. Do ponto de vista biológico, essa fase é caracterizada por diversas mudanças fisiológicas e corporais que acarretam difíceis adaptações no campo

psicológico e social. O mais importante é que tais aspectos são indissociáveis e representam um conjunto de características que dão unidade ao fenômeno da adolescência (BRASIL, 1996).

Adolescer significa entrar no mundo dos adultos e aceitar a ruptura definitiva com a condição de criança. A síndrome da adolescência normal, descrita por Aberastury e Knobel (2005), é caracterizada como um processo necessário ao desenvolvimento do adolescente e ao estabelecimento da identidade adulta. Segundo os autores, a crise da adolescência é um fenômeno esperado, sendo difícil delimitar o normal e o patológico. Assinalam, ainda, que seria anormal a presença de um equilíbrio durante o processo adolescente.

A Síndrome da Adolescência normal é composta pelos seguintes processos: busca de si mesmo e da identidade, tendência grupal, necessidade de intelectualizar-se e de fantasiar, crises religiosas, deslocalização temporal, evolução sexual, atitude social reivindicatória, contradições sucessivas em todas as manifestações e condutas, separação progressiva dos pais da infância, constantes flutuações do humor e do estado de ânimo (ABERASTURY; KNOBEL, 2005).

As mudanças corporais ocorridas na adolescência influenciam sobremaneira o comportamento dos jovens. Os adolescentes sentem-se invadidos por essas modificações, não tendo nenhum controle sobre as mesmas. Dessa forma, a imagem que têm de si é modificada a todo instante, transformando, conseqüentemente, seu modo de ser e de estar no mundo. A busca por uma nova identidade leva a comportamentos diversos, assim como a uma labilidade emocional que torna ainda mais difícil o adolescer, tanto para os jovens quanto para seus pais.

É importante ressaltar que os pais e a família sofrem grande impacto com o desenvolvimento do filho, uma vez que devem desprender-se do filho criança e evoluir para uma relação com o filho adulto, o que impõe constantes renúncias e revisões de comportamento. O adolescente oscila entre momentos extremos de dependência e independência, pois deseja a liberdade porém depende de seus pais para consegui-la. O jovem quer libertar-se mas também precisa sentir-se controlado para que o sentimento de abandono não predomine e o leve a sentir-se ainda mais incompreendido e rejeitado.

O desenvolvimento da sexualidade está intimamente relacionado às mudanças corporais. A aceitação da genitalidade impõe-se pelo surgimento inegável da menstruação e do sêmen. Porém, a evolução da sexualidade vai além do ato

sexual em si, perpassando aspectos como socialização, maturidade física, imagem corporal, construção de uma nova identidade e aspirações referentes ao futuro.

Na crise da adolescência, observam-se sinais de mecanismos de defesa do jovem que ainda não definiu a que universo pertence. Assim, as alterações na afetividade, na sensopercepção, no pensamento e na conduta são facilmente observadas (RESMINI, 2004). O adolescente tem uma forte propensão a intelectualizar-se e a fantasiar. Essas estratégias são continuamente utilizadas como mecanismos de defesa frente aos lutos e perdas vivenciados na adolescência. O jovem passa ainda por crises relacionadas com a fé e a religiosidade, assume postura reivindicatória e questionadora, tem atitudes contraditórias em relação ao tempo, tentando manejá-lo de acordo com seus interesses (ABERASTURY; KNOBEL, 2005).

Os mesmos autores destacam os processos de luto sofridos pelo jovem durante o adolecer:

- Luto pela perda do corpo infantil: o novo corpo é imposto ao jovem que se sente um espectador impotente perante tantas transformações. Surgem novos desejos e impulsos nem sempre compreensíveis ou controláveis.
- Luto pela perda do papel e da identidade infantis: o jovem perde alguns privilégios da infância, mas ainda não pode assumir a liberdade da vida adulta.
- Luto pela perda dos pais da infância: o adolescente sofre a perda dos pais da infância que eram refúgio e proteção, mas, ao mesmo tempo, discorda da postura assumida por eles, o que gera grande angústia.
- Luto pela perda da bissexualidade infantil: surgimento de características femininas no rapaz e masculinas na moça, com processo de flutuação e aprendizagem em ambos os papéis.

Uma característica bastante peculiar da adolescência é a participação nos grupos que passam a exercer grande função modeladora. Durante a crise, o adolescente persegue a uniformização com outros jovens como uma maneira de buscar segurança, estima e diferenciação do meio familiar. Por isso, a tendência grupal é uma forte característica dessa fase e assume papel peculiar na busca e na formação de uma nova identidade nesse processo de individualização. As atitudes aceitas pelos grupos dificilmente serão questionadas por seus participantes. Aqui, a

família e a sociedade devem exercer papel fundamental, direcionando os jovens e influenciando de maneira positiva seu comportamento (AVANCI, 2004). As atitudes do líder de um grupo provavelmente influenciarão o comportamento do restante, podendo trazer tanto consequências positivas quanto negativas para a vida dos adolescentes, como são os casos da tentativa de auto-extermínio, do alcoolismo e da drogadição.

É característico da adolescência o sentimento de onipotência, demonstrado pelos jovens por meio de gestos, falas e contestações. Apesar dos confrontos com a realidade, permanece, no jovem, o sentimento de invulnerabilidade, próprio da infância (GOLDENSTEIN, 1995). Dessa maneira, os adolescentes expõem-se a riscos acreditando que não serão atingidos por morte ou doença. Por isso, é importante atentar para o comportamento impulsivo do adolescente e para sua vulnerabilidade

Segundo o Censo de 2000, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2000), o Brasil tem 34 milhões de jovens entre 15 e 24 anos de idade o que, sem dúvida, marca importantes características nos perfis sócio-demográficos e epidemiológicos em todo o país. Segundo o Ministério da Saúde, milhares de jovens perdem a vida em acidentes, suicídio, violência, doenças relacionadas à gravidez e a outros males que, em sua maioria, poderiam ser prevenidos ou tratados (BRASIL, 1996).

Os adolescentes e jovens estão diariamente expostos a inúmeros riscos, inclusive pelas próprias características dessa faixa etária como o sentimento de onipotência, o pensamento mágico e o distanciamento do núcleo familiar com a inserção nos grupos de iguais. Segundo Feijó e Oliveira (2001), comportamento de risco pode ser definido como a participação em atividades que ponham em risco a integridade física e mental do adolescente. Algumas dessas atividades estão relacionadas ao caráter exploratório próprio do jovem e do adolescente ou, ainda, sofrem influência do meio.

O comportamento de risco do adolescente pode ser influenciado significativamente pela mídia, uma vez que o jovem passa grande parte de seu tempo livre assistindo à televisão ou utilizando a internet. Os adolescentes e jovens são mais susceptíveis à influência dos modelos de consumo, padrões de beleza e de comportamentos apresentados pela mídia do que os adultos. Assim, por meio do pensamento mágico, identificam-se facilmente com personagens simplificando a

resolução dos problemas vivenciados no dia a dia. Além disso, o padrão de um corpo ideal pode levar os adolescentes e jovens a desenvolver transtornos alimentares e sentimentos de frustração e alterações na imagem corporal (FEIJÓ; OLIVEIRA, 2001).

O sentimento de onipotência faz com que os jovens não consigam mensurar adequadamente os riscos aos quais se expõem. É na adolescência que geralmente ocorre o primeiro contato com as drogas lícitas e ilícitas. O jovem hoje tem fácil acesso às drogas, seja no meio escolar ou em seus espaços de lazer. O adolescente e o jovem experimentam o cigarro, o álcool e as drogas pois “todo mundo bebe”, “é divertido”, “ajuda a relaxar”, “ajuda a esquecer os problemas” (SILBER; SOUZA, 1998).

Ao envolver-se com drogas, o adolescente conseqüentemente adentra o mundo da violência, chegando a cometer delitos para conseguir comprar drogas. Muitas vezes esse jovem pode prostituir-se, roubar e até matar para conseguir seu objeto de desejo. Os adolescentes e jovens que estão sob o efeito da droga não têm total consciência de seus atos, estão expostos a inúmeros riscos como uma doença sexualmente transmissível ou uma gravidez indesejada. Segundo Dhawan, Balhara e Phil (2007), o suicídio na adolescência apresenta uma forte relação com o uso de drogas.

O início da vida sexual precoce e sem as informações e apoio adequados pode expor o adolescente e o jovem às doenças sexualmente transmissíveis e a uma gravidez indesejada. A gravidez na adolescência, além de gerar riscos clínicos à jovem, é causa de abortos clandestinos que ocorrem em condições impróprias, constituindo-se em uma das principais causas de óbito por problemas relacionados à gravidez (MANDU; PAIVA, 2000). Além de lidar com todas as mudanças decorrentes da própria adolescência, a jovem grávida precisa assumir o papel de mãe, afastando-se muitas vezes dos amigos, da escola e dos espaços de lazer. Assim, essa adolescente sente-se deslocada de seu grupo de amigos, vê seus planos adiados e assume uma posição para a qual não está preparada.

Um estudo realizado por Botega e Freitas (2002), com 120 adolescentes grávidas, demonstra associação entre gravidez na adolescência, ideação suicida e depressão. Apesar de as jovens da amostra, em sua maioria, terem relatado o desejo de engravidar e a felicidade com sua condição, 16,7% delas apresentaram

ideação suicida. Nesses casos, estavam solteiras e contavam com pouco apoio social.

Apesar da adolescência constituir-se como uma fase fundamental da existência humana na qual ocorrem transformações e adaptações em todos os aspectos da vida, vejo que grande parte das atenções dos jovens se volta às transformações corporais. Observo certo descaso dos Serviços de saúde com o atendimento ao adolescente, além de dificuldades, por parte dos profissionais de saúde, na abordagem e no resgate dos jovens para os Serviços de atenção à saúde. Grande parte das ações voltadas para os adolescentes está relacionada à sexualidade, excluindo outros aspectos desse período tão importante no desenvolvimento social e psíquico do indivíduo.

Vejo que é preciso ir além e desvelar as angústias, os lutos, os medos e os problemas que afligem essa população, incluindo temas considerados tabus pela sociedade, como o suicídio.

2.2 A juventude

Falar sobre juventude não é tarefa fácil, pois esse é um conceito em construção. A definição de juventude é baseada em dois critérios: o de faixa etária e o sócio-cultural, porém, nem sempre esses dois critérios estão em consonância. A juventude foi definida por Santana (2004) como o período pós-púbere no qual ocorrem a formação da identidade do sujeito e a fase de maturidade. O adulto jovem deveria ser capaz de assumir determinados papéis sociais.

O termo juventude começou a ser categorizado no início do século XX. O conceito de juventude se confunde, em alguns momentos, com o de adolescência, não sendo incomuns uma transposição desses conceitos e o transporte de características de uma noção a outra. No Brasil, é comum o uso concomitante dos dois termos, que ora se superpõem, ora constituem campos distintos mas complementares. Contudo, vale ressaltar que as diferenças e conexões entre esses dois termos ainda não estão claras (LEON, 2005).

Segundo Cepal (2004) *apud* Freitas (2005), permanece tarefa difícil tanto para o meio acadêmico, quanto para a área política, delimitar uma categoria de

juventude, estabelecendo seus limites e ao mesmo tempo englobando particularidades sócio-culturais e históricas.

No Brasil, as discussões sobre a adolescência predominaram nos setores da saúde e da assistência social até meados da década de 90 do século XX. A adolescência foi vista como uma fase fundamental no desenvolvimento humano, que exige cuidados e atenção especiais instigando movimentos sociais como o movimento pelos direitos das crianças e dos adolescentes. No início da década, foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, que passou a tratar as crianças e os adolescentes como sujeitos de direito, estabelecendo os direitos singulares dos sujeitos que se encontram nessa fase. Baseadas no ECA, surgiram várias políticas públicas de apoio à criança e ao adolescente nas áreas da saúde, direito, lazer e educação, dentre outras (FREITAS 2005).

Ainda na mesma década, começaram a surgir problemas relacionados às dificuldades de inserção e integração social por parte dos jovens. Predominavam, nessa época, a exclusão do mercado de trabalho, o aumento da violência e da criminalidade, dificultando a estruturação de projetos de vida.

A proteção e tutela para se garantir um desenvolvimento adequado se mostraram insuficientes para dar conta das questões emergentes relativas aos processos de inserção social (...) é nesse sentido que a juventude para além da adolescência se coloca como o um novo problema político no país (FREITAS, 2005, p. 8).

A elaboração do conceito de juventude e as ações voltadas para essa parcela da população, até então excluída das políticas públicas desenvolvidas no Brasil, atingem novo patamar no qual a juventude passa a ser considerada e ligada à construção de trajetórias na vida social.

Segundo Dayrell (2007), a juventude é uma categoria socialmente construída, na qual devem ser considerados os contextos históricos, culturais, sociais, as diferenças de gênero e até mesmo as diferenças geográficas. O autor afirma que não há tanto uma juventude, e sim jovens inseridos em um contexto sócio-cultural.

Para Parizzoto e Tonelli (2005), a juventude é uma categoria social, uma representação simbólica, criada pelos grupos sociais, para significar comportamentos e atitudes a eles atribuídos.

De acordo Leon (2005), a juventude e as políticas voltadas para essa população podem ser entendidas a partir das seguintes abordagens:

- Período preparatório: a juventude é a fase de transição da infância para a idade adulta. Predomínio de políticas voltadas para a educação.
- Etapa problemática: o jovem é caracterizado como aquele capaz de provocar desordem no meio social. As políticas públicas dessa abordagem estão voltadas aos comportamentos de risco.
- Juventude como instrumento fundamental do desenvolvimento. O jovem é visto como um potencial capital humano e social para enfrentar os problemas de exclusão social. As políticas públicas estão voltadas para o trabalho e o desenvolvimento tecnológico.
- Juventude cidadã. Os jovens passam a ser considerados como sujeitos de direitos deixando de ser vistos por uma ótica de incompletude.

No Brasil, a faixa etária que corresponde à juventude vai dos 15 aos 24 anos. Como dito anteriormente, parece ainda não serem claros os pontos que ligam e afastam os jovens dos adolescentes, principalmente nos aspectos que se relacionam à faixa etária. Entendo que é difícil diferenciar quando um sujeito abandonou a adolescência e ingressou na juventude, principalmente se as características da população jovem variam nas diferentes sociedades. Porém compreendo essa diferenciação quando comparo, por exemplo, um sujeito que vive no meio rural, trabalhando na lavoura e um indivíduo de classe média alta, em meio urbano e que ainda não entrou no mercado de trabalho. O primeiro, com certeza, atingirá a idade adulta mais cedo que o segundo.

Neste trabalho, contudo, procurarei delimitar e compreender os jovens como indivíduos que têm pela frente um amplo horizonte de realizações que se renova a cada etapa vencida. Vejo, nos jovens, não seres inacabados, mas sujeitos que são capazes de transformar seu mundo e de buscar novos desafios.

2.3 O suicídio em um contexto mais abrangente

A palavra suicídio deriva do latim a partir das palavras *sui* (si mesmo) e *caedes* (ação de matar) (CASSORLA, 1998). Falar sobre suicídio é algo difícil e contempla caminhos percorridos e desvelados por poucos, já que tal temática representa um tabu na sociedade contemporânea.

Historicamente existem registros sobre o suicídio desde a Pré-história, o que muda é a maneira como é interpretado pela sociedade. Em alguns países, é tolerado; em outros, condenado e, em outros, aceitos sob determinadas circunstâncias (CORRÊA; BARRERO, 2006).

Na Grécia Antiga, no arquipélago da Ilha de Ceos, o suicídio era realizado com a finalidade de subsistência. Quando a escassez de comida deixou de ser um problema, leis foram necessárias para que esse costume fosse interrompido (CORRÊA; BARRERO, 2006). Ainda na Grécia, em tempos menos remotos, um indivíduo não podia se matar sem prévio consenso da comunidade, porque o suicídio constituía um atentado contra a estrutura comunitária. Eram recusadas as honras de sepultura regular ao suicidado clandestino e a mão do cadáver era amputada e enterrada à parte. Por sua vez, o Estado tinha poder para vetar ou autorizar um suicídio, bem como para induzi-lo. Por exemplo, em 399 a.C., Sócrates foi obrigado a se envenenar (SILVA, 1997).

Durante a República Romana, existiu uma regulamentação do suicídio análoga à dos gregos. O sujeito que quisesse se matar deveria expor suas razões ao Senado que decidiria se o motivo era justo ou não. As correntes filosóficas do epicurismo, do estoicismo e do cinismo em muito influenciaram a conduta romana e, por isso, o suicídio passou a ser aceito em determinadas circunstâncias (WERLANG; ASNIS, 2004).

Com o crescimento das cidades e o advento do Renascimento, o suicídio começou a assumir outra face, sendo preconizado por algumas personalidades da época. Contudo, é a partir do Século XVIII, com a força das idéias iluministas, que a repressão ao suicídio tende a diminuir (WERLANG; BOTEGA, 2004).

O advento do Cristianismo trouxe profundas modificações para toda a sociedade e, mais uma vez, o suicídio passou a ser visto como imoral, arbitrário. Santo Agostinho foi um dos maiores propagadores da repulsa ao suicídio. Agora,

além de imoral, torna-se um pecado passível de punição e exclusão da felicidade eterna (CORRÊA; BARRERO, 2006).

A morte é algo incognoscível, não se sabe o que acontece depois do cessar da vida. Independente de fatores religiosos, as pessoas utilizam mecanismos para combater a angústia do desconhecido, do incompreensível. Entre os mecanismos mais utilizados, está a visão de outra vida após a morte. Uma vida em que os problemas foram resolvidos e as angústias dissipadas. Portanto, nem mesmo o suicida procura a morte e sim outra vida fantasiada em sua mente (CASSORLA, 1998).

Ainda para Cassorla (1994), a pessoa que procura a morte nem sempre quer morrer, até porque desconhece o que seja morrer. Ou seja, o suicida quer morrer, mas também quer viver; está em uma situação de conflito e uma ajuda ou ameaça pode decidir a direção que será tomada.

O suicídio provoca um impacto imensurável na família e na sociedade, suas consequências podem atingir um grande número de pessoas por longo tempo. Estima-se que o número de tentativas de suicídio seja 10 a 20 vezes superior ao número de mortes. O suicídio mata, no mundo, o mesmo número de pessoas que as guerras e os acidentes automobilísticos combinados (CORRÊA; BARRERO, 2006). É, portanto, um grande problema de saúde pública, não só no mundo, mas também no Brasil, principalmente devido ao aumento das taxas de suicídio na população jovem (MELEIRO; TENG; WANG; 2004).

A mortalidade por suicídio aumentou cerca de 60% nos últimos 45 anos, havendo uma mudança da faixa etária mais idosa da população para a faixa etária mais jovem. Na maior parte dos países, o suicídio está entre as dez causas de mortalidade e entre as duas ou três mais frequentes em adolescentes e adultos jovens. O Brasil está relacionado no grupo de países com baixa taxa de suicídio, contudo como é um país populoso, atinge o nono lugar em números absolutos de suicídios – 7987 em 2004 (BOTEGA, 2006).

No Brasil, entre os anos 2004 e 2006, um total de 25.197 pessoas morreram após tentativa de suicídio, gerando uma média de 4,6 mortes a cada 100.000 habitantes. No Estado de Minas Gerais, no mesmo período, a taxa de mortalidade específica por suicídio, foi de 5,1 por 100.000 habitantes, superando, portanto, a média brasileira (BRASIL, 2009).

Vivemos em uma sociedade na qual se prioriza o consumo e onde o valor de cada um depende do que tem a oferecer como produto. O individualismo, a competição pela diferenciação, a necessidade de recursos tecnológicos, que se tornam cada dia mais indispensáveis, deixa o homem da modernidade subordinado ao êxito social. O sentimento que a pessoa tem referente a si mesma depende de como o outro a enxerga. Fatores como os acima citados, levam à despersonalização do indivíduo e contribuem para o aumento do suicídio contemporâneo (FENSTERSEIFER; WERLANG, 2007).

A depressão é o distúrbio psiquiátrico mais comumente encontrado em toda população, tendo uma relação estreita com as tentativas de auto-extermínio. Em alguns momentos, o comportamento suicida chega a ser considerado como um dos sintomas característicos da depressão. As pessoas depressivas experienciam sentimentos de tristeza constante, irritabilidade, desesperança e perda de interesse em atividades que antes lhe eram prazerosas. Além disso, ocorre aumento dos níveis de ansiedade, perda de libido e de apetite, maiores preocupações com a saúde física, o que pode acarretar tentativas constantes de auto-extermínio, como uma maneira de fugir desta situação de constante tristeza e ansiedade (CORRÊA; BARRERO, 2006).

As religiões, em sua totalidade, condenam a prática do suicídio, por considerarem a vida como um sagrado dom de Deus, do qual o ser humano não tem o direito de dispor voluntariamente. Alguns estudos apontam que a religião pode ser um fator de proteção contra o suicídio. Quando há predominância de uma religião em um país, as taxas de suicídio são maiores, pois muitas pessoas podem referir ser adeptos dessa denominação religiosa, sem de fato, serem membros ativos e participantes. Por outro lado, as religiões oferecem aportes que levam a uma diminuição das tentativas de suicídio, ao proporcionar: crenças na vida após a morte e em um Deus amoroso; objetivos relacionados à vida e à auto-estima; modelos de enfrentamento de crises; significado às dificuldades da vida e desaprovação enfática do suicídio (MELEIRO; TENG; WANG; 2004).

Existem atualmente três principais teorias explicativas do suicídio, segundo Werlang e Botega (2004):

- Teoria Psiquiátrica: o suicídio é abordado de maneira individual e está diretamente ligado a um distúrbio das faculdades mentais, sempre

associado a doenças, como esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar, dentre outras.

- Teoria Sociológica: teve origem com Emile Durkheim, seu grande precursor. A abordagem do suicídio é coletiva. É um fenômeno social e não um problema individual, a sociedade exerce seus efeitos prejudiciais sobre os indivíduos.
- Teoria Psicológica: Freud foi um dos estudiosos dessa teoria e, segundo ele, a natureza humana funciona em duas essências: Eros (pulsão que conduz à vida) e Tanatos (pulsão que conduz à morte). Ambas deveriam estar em consonância porém, quando a pulsão de morte se sobrepõe à pulsão de vida, ocorre o suicídio. Sabe-se que as tentativas de suicídio são superiores às mortes.

As taxas de suicídio aumentam proporcionalmente com a idade, sendo que o grupo com maior incidência está na faixa etária acima de 75 anos. Assim, como os adolescentes, os idosos passam por uma fase de transformação e adaptação. Nas idades mais avançadas, o ser humano convive com o abandono dos familiares, a perda de habilidades, a perda do vigor físico, a perda de status, o surgimento de doenças crônicas e vê-se cada dia mais próximo da morte. Tais fatores contribuem para os altos índices de auto-extermínio encontrados nessa população (GAWRYSZEWSKI; JORGE KOIZUMI; 2004). Um dos problemas psiquiátricos mais comuns nos idosos é a depressão, que leva a sintomas como insônia e perda de peso e apetite que, caso não sejam diagnosticados a tempo, podem ocasionar angústia e ansiedade e levar ao suicídio. Contudo, atualmente existem mais pessoas jovens falecendo por suicídio do que idosos (CORRÊA; BARRERO, 2006).

Dentre as condutas suicidas é importante destacar, conforme Serfaty (1998):

- As idéias suicidas: pensamentos sobre a vontade de dar fim à vida, deixar de ser uma carga para os demais;
- O planejamento suicida: o indivíduo pensa como, onde e quando levar adiante a conduta de auto-destruição;
- A tentativa de suicídio: ato não fatal, que tem crescido consideravelmente nas últimas décadas, principalmente entre mulheres

na faixa etária jovem, 15 a 24 anos. É sempre um ato impulsivo e tem como característica a utilização de medicamentos. É frequente em pessoas com súbitas modificações de humor, cerca de 10% dos casos tem sintomas depressivos associados;

- O suicídio: tem como característica principal ser preponderante e fatal, sendo mais comum no sexo masculino. Existe depressão em 70% dos casos.

Para que um suicídio seja efetivo, três fatores precisam atuar conjuntamente: o desejo de matar, o desejo de morrer e o desejo de ser morto. O desejo de matar está relacionado à frustração, com a vontade de exterminar um inimigo que está dentro de si, está relacionado intimamente a um componente agressivo. Quando o sujeito deseja ser morto, quer na verdade deixar de viver, pois sua vida é um inferno e provoca uma dor imensurável, ou ainda não merece estar neste mundo, é um ser desprezível pelo qual não se deve ter consideração. O desejo de ser morto parece uma submissão, um ato de punição contra si próprio. No desejo de morrer o indivíduo se entrega como se a morte fosse um alívio, descanso para um sofrimento intenso (ESSLINGER; KOVÁCS, 2006).

A tentativa de suicídio é comumente repetida se a sociedade não ajuda o indivíduo. O suicídio pode ocorrer depois que sinais de alarme passaram despercebidos ou foram ignorados. Pessoas que tentam suicídio nem sempre pretendem se matar, mas podem acabar se suicidando, caso não sejam cuidadas a tempo (AVANCI, 2004).

Portanto, o ato suicida é uma mensagem, um pedido que o indivíduo faz à família e à sociedade para que seja ajudado. *“É preciso questionar porque é necessário chamar a atenção, suicidas e famílias devem ser orientados e tratados, inclusive para que o ato não se repita”* (CASSORLA, 1998, p. 67). Indivíduos que cometem o suicídio comunicam claramente essa intenção a parentes próximos ou a amigos, na semana anterior.

Ações preventivas são necessárias para que esse crescente problema da sociedade se estanque. A OMS (2000) elaborou um documento de apoio a ações preventivas contra o suicídio com determinação de recomendações a serem trabalhadas pelos profissionais de saúde, gestores e líderes comunitários, como: ampliação da conscientização da comunidade acerca do suicídio e seus fatores de

risco; intensificação de programas e ações de conscientização e assistência; incremento e aprimoramento do conhecimento científico sobre o tema.

No Brasil, em 2006, foi lançado o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2006) que tem dentre os principais objetivos:

- Identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores;
- Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos;
- Organizar linha integral de cuidados para garantir o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;
- Mobilizar a sociedade acerca do impacto do suicídio;
- Promover a educação permanente dos profissionais de saúde.

Ressaltamos que pensar na prevenção do comportamento suicida requer comprometimento não só dos governantes e dos profissionais de saúde, mas também implicação e conscientização da sociedade. Evitar o suicídio não significa somente evitar a morte, e sim sofrimentos, angústias e impactos econômicos e sociais nas comunidades.

Após discorrer sobre as teorias explicativas acerca do auto-extermínio entendo que afirmar todo ato suicida do adolescente como sendo sempre ligado a problemas psiquiátricos, ou que o mesmo é devido a uma sociedade injusta e desigual, não me permite compreender esse indivíduo em sua totalidade nem o significado de sua intenção suicida. Reflito que é preciso considerar todas as teorias de maneira conjunta principalmente no caso de adolescentes e jovens que possuem particularidades ligadas as transformações físicas e emocionais.

2.4 O suicídio entre jovens e adolescentes

O suicídio na adolescência pode ser considerado um fenômeno paradoxal pois, na maior parte dos casos, trata-se da busca de uma solução definitiva, no caso a morte, para problemas que, em grande parte, são temporários e ligados aos impasses da situação adolescente (INFANTE, 2008).

Segundo Resmini (2004), a tentativa de suicídio é uma das condutas mais significativas da adolescência pois representa uma cristalização prismática dos conflitos vivenciados pelos jovens:

É como se abrissemos o segredo do prisma no qual estão cristalizados os conflitos. Como quando a luz passa através de um prisma e se reparte iluminando em diversas direções, pela decodificação da tentativa de suicídio conseguimos iluminar e compreender o universo multifacetado do adolescente (RESMINI, 2004 p. 81).

As taxas de suicídio na população jovem brasileira foram as que mais cresceram nos últimos vinte anos. O grande aumento do número de suicídios nos estratos jovens de 15 a 24 anos, em nosso meio, acompanha a tendência mundial (MELEIRO; TENG; WANG; 2004). No mundo inteiro, o suicídio está entre as cinco maiores causas de morte na faixa etária de 15 a 19 anos. Em vários países, fica como primeira ou segunda causa de morte entre meninos e meninas nessa mesma faixa etária (OMS, 2000).

No Brasil, no ano de 2006, mais de 1.700 adolescentes e jovens, na faixa etária de 10 a 24 anos, morreram após tentativa de suicídio. Em Minas Gerais, 560 adolescentes e jovens na mesma faixa etária faleceram por lesões auto-infligidas voluntariamente. Entre os meses de janeiro a setembro de 2009, no Estado de Minas Gerais, foram realizadas 355 internações de jovens e adolescentes que tentaram o suicídio. O tempo médio de internação foi de 13 dias, com um gasto médio de R\$152,02 (cento e cinquenta e dois reais e dois centavos) por internação (BRASIL, 2009). Dessa forma, ficam evidentes, não só os impactos sociais, mas também os impactos econômicos provocados pelo suicídio na população jovem brasileira.

Vivemos em uma sociedade, na qual o jovem é cada vez mais cobrado por suas atitudes. Frente às mudanças atuais advindas do avanço tecnológico e da globalização, os jovens vivenciam um período de incertezas e poucas perspectivas (HORTA, 2007). As mudanças corporais, os transtornos psicológicos e emocionais próprios dessa fase, as tais incertezas e os desafios podem gerar angústia e dificuldade de enfrentamento de problemas por parte dos jovens. Caso o adolescente não consiga superar tais dificuldades, poderá recorrer a atitudes extremas como a tentativa de auto-extermínio.

A tentativa de auto-extermínio na adolescência surge quase como uma caricatura dos processos de luto vivenciados nessa fase. O jovem suicida realiza um

ataque ao novo corpo do qual não tem controle, aos pais internalizados nesse corpo e em seu imaginário, ao sexo que se impõe excluindo a fantasia da bissexualidade infantil e ao próprio status de adulto que busca espaço para se afirmar sobre a criança que não pode mais existir (RESMINI, 2004).

Adolescentes mulheres tentam suicídio em média três vezes mais que os rapazes, utilizando métodos menos agressivos. Nelas, o comportamento suicida geralmente reflete sentimentos de rejeição. A ingestão de medicamentos ou outras substâncias tóxicas constitui o método mais empregado em tentativas de suicídio de adolescentes, com participação entre 70% a 95% dos casos. A ingestão de comprimidos está relacionada ao rompimento da dependência oral, própria da criança (RESMINI, 2004).

Para Bouchard (2007), a adolescência é uma fase vulnerável à ocorrência de suicídio porque nessa fase acontecem mudanças e adaptações em todos os níveis da vida do indivíduo. Sendo a adolescência considerada subjetivamente como uma fase de conclusão, não é de se estranhar que o suicídio seja uma possibilidade para a resolução de impasses, a busca de solução que, para o adolescente pode parecer sem saída, uma vez que será definitiva. O adolescente tem, ainda, uma tendência natural a utilizar a ação em detrimento da comunicação, podendo, assim, buscar alternativas diversas para o alívio de seu sofrimento e conflitos (TEIXEIRA, 2004).

A atuação está para o adolescente assim como o brinquedo está para a criança, sendo sua forma típica de comunicação. A atuação tem significado protetor para o adolescente, impulsionando o jovem para longe dos pais da infância, com os quais teme manter uma relação de submissão. Contudo, tal característica deixa de ser benigna quando é utilizada como fuga para se evitar o insuportável. A ação sintetiza em si algo a ser comunicado sobre a vida de quem a executa. Na tentativa de suicídio, o adolescente executa um ato como a expressão motora de um conflito psíquico que não pode ser transformado em pensamentos e palavras. São ações que querem comunicar palavras que não puderam ser ditas (RESMINI, 2004).

A existência de pensamentos suicidas na adolescência não é incomum. Tais pensamentos são parte do processo de desenvolvimento normal da passagem da infância para a adolescência, à medida que se lida com problemas existenciais e se está tentando compreender a vida, a morte e o significado da existência. Pensamentos suicidas se tornam anormais, quando a realização desses

pensamentos parece ser a única solução dos problemas para as crianças e os adolescentes (OMS, 2000).

O comportamento suicida geralmente é precedido por alguma frustração ou desapontamento. Os jovens descrevem as situações angustiantes como razão para terem feito mal a si mesmos, podendo esse ato ser carregado de impulsividade (WEINER, 1995). A tentativa de auto-extermínio tende a ser um ato impulsivo no qual o adolescente utiliza métodos menos lesivos, como a ingestão de medicamentos ou corte dos pulsos.

De acordo com a OMS (2000), a definição de tentativa de suicídio usada pelos adolescentes difere da usada pelos psiquiatras. Resultados de entrevistas revelam que é duas vezes maior o número de tentativas de suicídio quando são avaliadas por psiquiatras. Além do mais, somente 50% dos jovens que tentam suicídio procuram auxílio médico. Sendo assim, o número de tentativas de suicídio, tratadas em hospitais, não é um indicador real do problema na comunidade, podendo ser um fator de morbi-mortalidade ainda maior que os registrados nas taxas oficiais.

Para Weiner (1995), a tentativa de auto-extermínio entre jovens e adolescentes está relacionada a diversos fatores como instabilidade familiar, sofrimento cada vez maior, relações sociais em desintegração e esforços mal sucedidos na busca de resolução de problemas. O sexo torna-se um elemento capaz de causar instabilidade no adolescente pois, embora os hormônios estejam aflorados, os jovens sentem-se amedrontados com uma experiência distante e desconhecida. Em casos nos quais há um distanciamento familiar, os namoros adquirem pesos desmedidos, sendo o objeto da paixão supervalorizado (FONTENELLE, 2008).

Benincasa e Resende (2006) expõem que o estabelecimento de pelo menos um vínculo social significativo pode proteger o adolescente e o jovem de comportamentos desviantes. O adolescente e o jovem que tentam suicídio possuem um sentimento que reflete ausência de toda possibilidade de esperança, alegria, amor por si. O risco de suicídio diminui quando os jovens conseguem compartilhar suas preocupações com amigos e familiares, ou seja, quando têm pessoas em quem confiar e de quem recebem ajuda para a resolução de seus conflitos.

A existência de um clima de tensão e hostilidade familiar torna-se um fator de risco para a tentativa de suicídio na adolescência. Na sociedade atual, a

convivência em família encolheu, diminuindo, assim, os vínculos que antes conferiam suporte emocional aos adolescentes. A falta de confiança e confiança nas relações entre pais e filhos está cada vez maior, sendo um fator importante associado à tentativa de suicídio (FONTENELLE, 2008). Quando cria o fantasma do suicídio, o jovem experimenta uma espécie de poder sobre si mesmo, envaidece-se com a idéia da morte e com a emoção que vai causar aos que o consideraram pouco importante. Morrendo, o adolescente acredita colocar-se acima das leis da humanidade e do sistema familiar, matar-se é não se submeter a eles (CLERGET, 2004).

Teixeira (2004) afirma que a tentativa de suicídio por jovens mostra-se como sinal de alarme, traduzindo um fracasso no processo da adolescência, contrapondo-se à essência do existir, própria dessa fase. Algumas vezes, o adolescente vê-se envolvido por conflitos, o que desperta sentimentos como fragilidade, insegurança, solidão e incapacidade de lidar com os desafios necessários ao desenvolvimento. Nessas condições, tornam-se jovens queixosos e reclamam da autoridade excessiva dos pais, do professor despreparado, da mídia que passa informações confusas e distorcidas, da escola e da falta de compreensão da sociedade. A presença de todos esses problemas num ambiente hostil, sem estímulo, assistência e solidariedade, pode levar o adolescente à depressão e, algumas vezes, ao suicídio (PEREIRA, 2007).

A tentativa de suicídio e o ato em si não podem ser limitados à dimensão da doença mental. São questões sociais e comunitárias, já que envolvem a pessoa que se encontra inserida em ambientes variados, como família, amigos, professores e outras pessoas que fazem parte de seu contexto social (TEIXEIRA, 2004).

Estratégias preventivas destinadas à prevenção de suicídio na adolescência são essenciais. Assim, a tentativa de auto-extermínio entre adolescentes e jovens deve deixar de ser um tabu para os profissionais de saúde e a sociedade. Uma ação fundamental é oferecer ao jovem a possibilidade de acreditar no amanhã, em seu papel de protagonista da própria vida, em sua potencialidade transformadora (PEREIRA, 2007).

É necessário que o suicídio seja tratado como um problema de saúde pública e intervenções para a diminuição de sua incidência sejam realizadas. Ações iniciais como estimular grupos de discussão entre adolescentes, envolver os profissionais de saúde e estabelecer pactuações entre os diversos setores nos quais

os jovens estejam inseridos podem representar grandes passos para a prevenção do auto-extermínio.

No capítulo seguinte, apresento a trajetória metodológica, alicerçada nos pressupostos da fenomenologia.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 A escolha da abordagem

Ao me deparar com o fenômeno do suicídio entre adolescentes e jovens, preocupei-me não em quantificá-lo ou explicá-lo, mas em compreendê-lo. Para compreender o fenômeno estudado, era necessária uma metodologia que me permitisse considerar o sujeito e sua experiência com a temática abordada. Dessa maneira, a pesquisa qualitativa apresentou-se como a possibilidade de transformar os adolescentes e jovens que vivenciaram o suicídio em protagonistas de minha pesquisa, ou seja, aqueles que desocultariam o fenômeno sobre o qual eu buscava respostas. Para Polit (2005), os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal qual é vivida e tal como é definida por seus próprios autores.

A pesquisa qualitativa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalha com universos de significados, motivos, crenças, aspirações, valores e atitudes, ou seja, fenômenos não captáveis em equações, médias e estatísticas (MINAYO, 2006).

A pesquisa qualitativa apresenta uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito; um vínculo indissolúvel entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. No caso, o sujeito/ator será reconhecidamente importante no processo de construção do conhecimento (SILVA, 2001).

Inserida na pesquisa qualitativa, fui em busca de uma abordagem que me permitisse ingressar no mundo-vida dos sujeitos e desvelar, por meio da descrição de suas experiências, o significado da tentativa de auto-extermínio. Assim, tive contato com a fenomenologia.

A primeira aproximação com a abordagem fenomenológica causou-me estranheza pois, mesmo sabendo que os caminhos de minha pesquisa não poderiam ser trilhados por números, que meu objetivo não era provar a causa nem o porquê das tentativas de suicídio por adolescentes e jovens, ainda havia em mim uma forte influência positivista, adquirida durante a graduação. Após sucessivas

aproximações e leituras, a fenomenologia, que até então era um campo intangível e de difícil compreensão, foi se desvelando e guiando meus caminhos, tornando-se fundamental para que eu alcançasse meus objetivos.

A pesquisa, na abordagem fenomenológica, inicia-se com uma interrogação, uma insatisfação do pesquisador frente a um objeto que não está claro, que precisa ser desvelado e compreendido em sua essência (BICUDO e ESPÓSITO, 1994). Existia, em mim, a inquietação necessária ao pesquisador, o incômodo acerca do suicídio entre jovens e adolescentes. Com o passar do tempo, descobri que essa temática que tanto me inquietava, só produzia esse efeito de insatisfação, pois estava marcada em meu mundo-vida, sendo indissociável de minha trajetória profissional.

A fenomenologia preocupa-se em realizar uma descrição dos fenômenos e não em explicá-los, quantificá-los. Explicita as estruturas em que a experiência se verifica, trabalha com o mundo das vivências e seu significado para os sujeitos. Trilhar os caminhos da abordagem fenomenológica possibilitou-me enxergar, por intermédio dos olhos, gestos e falas dos adolescentes e jovens, o significado do suicídio em suas vidas, desvelando aspectos até então ocultos, encobertos por um véu de proibições, vergonha e medos. Ou seja, a fenomenologia permite-me uma compreensão do fenômeno auto-extermínio por meio de uma aproximação com esse fenômeno tal como é experienciado pelos sujeitos, livre de pré-conceitos e julgamentos. A descrição da experiência vivenciada é o caminho para a compreensão e a linguagem é uma das formas que se abrem para essa compreensão (CARVALHO; VALLE, 2002).

A fenomenologia surge com Edmund Husserl, filósofo alemão, nos fins do século XIX, em oposição às idéias positivistas que comandavam o campo das pesquisas e não consideravam a subjetividade humana em seus estudos. O positivismo sofreu fortes críticas por tornar a prática da investigação uma atividade mecânica de comparação e comprovação, questionando-se qual a sua utilidade para a humanidade (TRIVIÑOS, 1987). Para essa abordagem, a ciência é um corpo de conhecimentos formados por proposições cientificamente comprovadas. Por meio desse corpo de conhecimentos, há uma formulação de problemas que são pesquisados e tratados, há uma predição de fatos, o que leva a uma orientação do que pode ser perguntado e de como o perguntado pode ser respondido. Vale ressaltar que Husserl não questionava a eficácia do método positivista de fazer

ciência, mas sim seu sentido de fazer ciência. O que dizer do sujeito concreto que o pensamento objetivo não consegue explicar?

Os princípios fenomenológicos antagonizam-se ao positivismo, ao compreender a ciência como uma descrição das essências da consciência. Edmund Husserl traz à tona o conceito de “retorno às coisas mesmas”, uma volta ao mundo da experiência à condição pré-reflexiva do homem, inatingível pela ciência positivista (BICUDO e ESPÓSITO, 1994). Husserl passa a questionar a consciência como intencional, fazendo parte de um sujeito que vivencia determinadas situações. Defende a construção de uma ciência para as experiências vividas. Assim, a fenomenologia preocupa-se com a compreensão dos fenômenos, oriundos de uma consciência intencional.

A idéia fundamental básica da fenomenologia é a noção de intencionalidade. A realidade emerge da intencionalidade da consciência, ou seja, para todo fenômeno existe uma intencionalidade, que nada mais é que a consciência dirigida ao objeto; o ato nunca é puro, é sempre intencional. O fenômeno a ser desvelado é uma experiência original e o sujeito descreve sua experiência tal qual ela se mostra a sua consciência, sem teorias ou pressupostos adotados *a priori* (BICUDO e ESPÓSITO, 1994).

Fenômeno vem da palavra grega *faínomenon* que significa o que se mostra, o que se manifesta, o que aparece. A preocupação da fenomenologia é descrever o fenômeno e não explicá-lo, é compreendê-lo e não achar relações causais (BICUDO e ESPÓSITO, 1994). Seu objeto de estudo é o próprio fenômeno, isto é, “as coisas em si mesmas” e não o que é dito sobre elas. A investigação fenomenológica busca a consciência do sujeito por meio da expressão de suas experiências internas.

Para Ribeiro (2003), a fenomenologia ensina como conseguir a vivência da realidade, por meio da descrição do fenômeno que a experiência nos oferece, para se chegar a sua essência, que são significações compreendidas a partir de uma vivência concreta. Tudo o que sabemos do mundo, mesmo devido à ciência, sabemos a partir de uma visão pessoal ou de uma experiência de mundo (TRIVIÑOS, 1987). “A enfermagem tem na fenomenologia uma importante contribuição para seu pensar e fazer, pois para compreendermos a realidade diária, é preciso que saibamos mergulhar na subjetividade e na sua essência” (TERRA *et al*, 2006, p. 673).

A fenomenologia, portanto, possibilita uma aproximação com o sujeito de estudo e o desvelamento de seus sentimentos, dificuldades e intenções perante o fenômeno pesquisado, levando-nos a uma reflexão sobre esse fenômeno e provocando mudanças no agir perante o mesmo.

3.2 Os momentos da fenomenologia

A trajetória fenomenológica possui três momentos interdependentes que visam o desvelamento do fenômeno e a compreensão de sua essência. Em um processo de ir e vir, o pesquisador percorre os caminhos que o levam à evidência do fenômeno. São eles: descrição, redução ou *epoché* e compreensão fenomenológica.

A **descrição** é o primeiro momento da trajetória fenomenológica e consiste em descrever o fenômeno de modo preciso; delinear as experiências dos sujeitos sem julgá-las ou avaliá-las. Os sujeitos descrevem de forma ingênua as experiências vividas, mostram o mundo experienciado tal como se apresentou, a partir da interrogação colocada pelo investigador. Portanto, a descrição dos discursos dos sujeitos, registrados por meio da linguagem escrita, é resultado de um diálogo estabelecido entre pesquisador e pesquisado; é o relato de alguém que conhece algo para alguém que o desconhece (MARTINS e BICUDO, 1989).

Por meio da descrição ingênua, realizada pelos sujeitos estudados, temos a obtenção dos dados, que são as situações vividas pelos sujeitos e tematizadas por eles, conscientemente. Os dados variam de sujeito para sujeito e a partir daí o pesquisador se defronta com as unidades de significado (BICUDO e ESPÓSITO, 1994).

É por meio da descrição que o fenômeno situado se ilumina e se desvela para o pesquisador. Durante esse momento, o pesquisador insere-se no mundo-vida do sujeito, buscando, em sua fala, o sentido do todo, colocando-se em seu lugar. E, por intermédio da fala do sujeito, o pesquisador deixa de ser mero espectador para compartilhar o significado daquela experiência. É um caminhar cheio de movimentos de vaivém, no qual a decisão de seguir adiante cabe somente ao pesquisador.

Para que se consiga chegar à essência do fenômeno, é iniciado um segundo momento denominado de **redução fenomenológica** ou *epoché*, quando extraímos do fenômeno aquilo que é essencial. Nesse momento, o fenômeno é colocado em suspensão para que seja visto de forma atenta pelo pesquisador; há a redução de crenças, teorias e explicações a priori sobre o fenômeno (MARTINS; BOEMER; FERRAZ, 1990).

Por meio da variação imaginativa, é possível chegar à intuição das essências, aos aspectos essenciais do fenômeno (MARTINS; BOEMER; FERRAZ, 1990). A variação imaginativa representa um retorno à situação experienciada pelo sujeito, com profunda reflexão sobre o vivido, para que se possa chegar às partes essenciais para a compreensão do fenômeno (DARTIGUES, 2000). Por meio da variação imaginativa, pode-se chegar às unidades de significado que representam uma parte da transcrição cujas frases relacionam-se umas às outras, para indicar momentos distinguíveis. Logo depois, é realizada uma síntese dessas unidades, organizando-as de acordo com suas convergências e divergências (MARTINS e BICUDO, 1989).

A **compreensão fenomenológica** constitui o terceiro e último momento da fenomenologia, no qual o pesquisador compreende a plenitude das unidades de significado, estabelecendo conexões e inter-relações entre elas e as interpreta a partir de um referencial filosófico que fundamenta sua reflexão (BICUDO e ESPÓSITO, 1994).

A busca de significados na pesquisa fenomenológica não se esgota, ou melhor, não há conclusões, uma vez que o fenômeno é sempre perspectival. Cada pesquisador atribui um significado às situações pesquisadas, de acordo com sua perspectiva, entendimento e reflexão sobre o fenômeno estudado.

3.3 O cenário da pesquisa

A inquietação acerca da temática auto-extermínio surgiu durante o Internato Rural realizado, no distrito Senhora do Carmo, pertencente ao município de Itabira, Minas Gerais, por isso, a escolha do mesmo local para a realização da pesquisa.

Situado na zona rural de Itabira, o distrito Senhora do Carmo dista 36 km de sua sede e conta com uma população de aproximadamente 3.617 pessoas, com predomínio da população feminina (50,74%). A faixa etária de maior predomínio nessa população é de 20 a 39 anos, constituindo 26,88% do total. O distrito é dividido em aproximadamente vinte comunidades como: Serra dos Alves, Campo Gordura, Boa Vista, Vargem dos Britos, Gentio, Serra dos Linhares, Bongue, Carioca, Bom Jardim, dentre outras (LOPES; MACHADO, 2005). Essas comunidades ficam em média 10 a 15 km distantes da sede do distrito.

Senhora do Carmo é um vilarejo que abriga muitas riquezas naturais, com belas cachoeiras. Tem um povo receptivo. A sede do distrito fica em uma área íngreme, possui apenas algumas ruas, pequeno comércio, uma igreja e um restaurante. As comunidades pertencentes ao distrito nem sempre são de fácil acesso, principalmente no período chuvoso quando fica impossibilitado o acesso a várias casas. A Prefeitura Municipal de Itabira disponibiliza transporte para buscar os moradores das comunidades em suas residências e levá-los para atendimento médico em Senhora do Carmo. A Equipe de Saúde da Família também se desloca semanalmente para a realização de atendimento nas comunidades, principalmente os alunos do Internato Rural da Escola de Enfermagem da UFMG, que realizam ações de promoção da saúde e ações curativas. Os estudantes também dispõem de transporte gratuito. Esse, aliás, é um dos meios de se ganhar a vida em Senhora do Carmo, o transporte dos moradores das comunidades até a sede do distrito.

A economia local restringe-se à criação de gado leiteiro, ao plantio de subsistência, pequenos comércios, produção de quitanda e cachaça. A renda *per capita* média mensal do distrito é de R\$ 158,00. A principal ocupação da população masculina é o trabalho na lavoura – 69,21% e, entre a população feminina, 79,84% são trabalhadoras do lar. A taxa de analfabetismo é de 20,22% (LOPES; MACHADO, 2005).

O distrito conta com uma Equipe de Saúde da Família, tendo a participação de um dentista. Além disso, há uma equipe de apoio composta de pediatra, ginecologista e psicólogo, que realizam atendimento na comunidade, periodicamente.

Somente os domicílios localizados na sede do distrito têm coleta de lixo, rede de esgoto e abastecimento pela rede pública de água, o que significa um atendimento a 14,39% da população (LOPES; MACHADO, 2005).

Como atividades de lazer, o distrito oferece cachoeiras e alguns bares, nos quais a população masculina se reúne no período noturno. Durante o dia, o distrito é movimentado, devido à chegada dos moradores das comunidades para consultas e compras. Ao entardecer, o movimento de pessoas diminui e, à noite, exceto próximo à escola, onde há grande movimentação, é praticamente impossível encontrar pessoas na rua.

Para os jovens, há poucas atividades culturais e de lazer, restando-lhes o encontro na praça ou um namoro escondido no intervalo das aulas. As possibilidades de inserção profissional, principalmente para as mulheres se resume no trabalho no lar. Os homens atuam na lavoura e no transporte e na área da mineração.

Em Senhora do Carmo, é alta a incidência de tentativas de suicídio. Várias famílias têm em sua história, mesmo que distante, um ente que tentou o auto-extermínio. Durante o período do Internato Rural – março a junho de 2006 – foram realizados quatro atendimentos a adolescentes e jovens que tentaram o auto-extermínio, número que me chamou a atenção e provocou uma grande inquietação.

Ao realizar a pesquisa de Mestrado, não tive dúvidas que Senhora do Carmo seria o cenário de meu estudo, mesmo correndo o risco de ter um pequeno número de entrevistados. Assim, retomei meu contato com as pessoas do distrito para viabilizar a realização da pesquisa nesse cenário.

3.4 O retorno ao cenário de estudo

Para conseguir efetivar a pesquisa, vários contatos foram realizados com a Equipe de Saúde da Família – ESF - de Senhora do Carmo. Retornei ao distrito algumas vezes, para que pudesse me inserir novamente naquela comunidade que

havia me acolhido em uma etapa anterior de minha vida. As visitas ao distrito aconteciam sempre nos dias de reunião de equipe, pois, devido à distância entre as comunidades e a sede, os Agentes Comunitários de Saúde – ACS só vão à Senhora do Carmo nesse dia.

Em um primeiro momento, apresentei o projeto para a ESF, expliquei os objetivos do trabalho e solicitei o apoio dos profissionais. A decisão em apoiar a pesquisa partiu de um consenso da equipe que, após realizar uma reunião sem minha presença e refletir sobre os riscos e benefícios do projeto para a comunidade, resolveu apoiar plenamente a pesquisa. Uma carta solicitando autorização para a realização da pesquisa em Senhora do Carmo, foi enviada à Secretária Municipal de Saúde de Itabira e, após assinatura da mesma, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa – COEP da UFMG, obedecendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

Com a aprovação do projeto pelo COEP, voltei à Senhora do Carmo para articular a efetivação da pesquisa. Em reunião com a ESF, sugeriu-se que os ACS realizassem levantamento, em suas comunidades, dos adolescentes e jovens que haviam tentado suicídio nos últimos dez anos. Vale ressaltar que os ACS conhecem profundamente sua área de responsabilidade e seriam capazes de identificar os casos que não estavam registrados em prontuário.

Nos últimos dez anos, aconteceram quinze tentativas de suicídio entre adolescentes e jovens em Senhora do Carmo. A psicóloga que dá apoio à equipe disponibilizou os dados e se propôs a conversar sobre cada caso. Do total de quinze adolescentes e jovens, consegui a permissão da equipe para entrevistar apenas sete. A exclusão do restante foi feita respeitando os seguintes critérios: mudança de cidade, portador de esquizofrenia e solicitação da psicóloga. Um quarto critério de exclusão foi imposto pelos ACS. Segundo eles, algumas pessoas da comunidade não aceitariam falar sobre o assunto, o que poderia gerar transtornos em atendimentos futuros.

Após a identificação dos supostos sujeitos da pesquisa, procurei extrair de seus prontuários um pouco de sua história e me surpreendi com os achados:

- Dos 15 adolescentes e jovens, 14 eram do sexo feminino.
- Foram encontrados 13 prontuários, devido à mudança de dois adolescentes para outro município.

- O relato da tentativa de suicídio estava presente em oito prontuários e ausente em cinco.
- Em todas as descrições, a tentativa de suicídio se deu pela ingestão de medicamentos e/ou veneno.
- Nenhum adolescente ou jovem que tentou o auto-extermínio faleceu.

Fizeram parte do presente estudo quatro jovens que tentaram suicídio nos últimos 10 anos. O tabu em lidar com a questão pesquisada, a necessidade da autorização dos pais – o que impediu a realização de outras entrevistas –, a vergonha pelo ato cometido e o desejo de esquecê-lo foram aspectos que levaram à limitação do número de participantes do estudo. A pesquisa terminou quando houve exaustão dos sujeitos do estudo, ou seja, não havia mais adolescentes e jovens a serem entrevistados. Para Fontanella, Ricas e Turato (2008), o fechamento de uma pesquisa por mecanismo de exaustão ocorre quando todos os indivíduos disponíveis já foram incluídos na pesquisa.

3.5 O encontro com os sujeitos da pesquisa

De posse da seleção dos sujeitos, iniciei a articulação das entrevistas. Delimitei pessoalmente com cada Agente Comunitário de Saúde como deveria acontecer a abordagem dos sujeitos. Optei para que a primeira aproximação com os adolescentes fosse realizada pelos ACS, pois assim já excluiríamos aqueles que se sentissem constrangidos em participar da pesquisa.

Dessa maneira, os ACS procuraram os adolescentes e jovens selecionados, assim como os responsáveis pelos menores de 18 anos e explicaram minha pesquisa. Em reunião com os ACS realizada após a primeira abordagem aos participantes, agendei dia, horário e local das entrevistas. Para que eu pudesse chegar às comunidades a gerente da Unidade de saúde disponibilizou o transporte, uma vez que em muitas delas o acesso por meio de carro de passeio é inviável. Assim, fui ao encontro dos sujeitos de meu estudo, sempre acompanhada por um Agente Comunitário de Saúde.

As entrevistas com os adolescentes e jovens foram realizadas em locais escolhidos por eles, devido à distância entre as comunidades e a sede do distrito.

No primeiro dia de pesquisa, duas entrevistas estavam agendadas na comunidade Serra dos Linhares, que fica a 12 km de Senhora do Carmo. Durante todo o trajeto, imaginei como seria a abordagem dessas adolescentes, ensaiei alguns discursos, respirei profundamente por vários momentos e torci para que tudo desse certo. Eu estava apreensiva, com receio de que as adolescentes não quisessem participar da pesquisa, afinal falar sobre suicídio ainda é um tabu em nossa sociedade, sobretudo em uma comunidade rural, com tantos sentimentos e emoções velados por uma cultura própria.

Desde o primeiro dia de aula do Mestrado, quando realizei a apresentação do pré-projeto, estive ciente das dificuldades que enfrentaria em meu caminho. Muitos obstáculos deveriam ser transpostos para a concretização desta pesquisa e o encontro com a primeira jovem seria mais um deles.

Ao conversar com uma ACS, fui informada de que as adolescentes já sabiam que eu iria entrevistá-las e que estavam resistentes, dizendo que não gostariam de conversar sobre o assunto. A ACS disse às duas adolescentes da localidade que elas só falariam comigo se quisessem e só me responderiam o que pudessem. Uma delas teve que ir à Itabira com a mãe no dia da entrevista e disse à ACS que não saberia o que seria pior, conversar comigo ou ir a Itabira.

Dessa forma, quando cheguei à casa da primeira entrevistada, fiquei receosa de que a jovem tivesse se escondido, ou saído de casa para não me encontrar. Contudo, ela estava a minha espera. A jovem estava descalça, tinha ido buscar mato para fazer vassoura e disse que entraria na frente por causa dos cachorros. A casa era muito simples, chão de terra batida, poucos e velhos móveis.

Ao entrar na casa, apresentei-me à jovem e disse que queria conversar um pouco com ela acerca da tentativa de suicídio. Falei sobre minha formação, sobre o que eu pretendia com a pesquisa e perguntei se ela poderia participar. Expliquei sobre o livre arbítrio em participar da entrevista e que ela teria o direito de desistir ou de não querer, sem que isso lhe causasse dano. Ao aceitar, li juntamente com ela o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a assinatura do Termo, demos início à entrevista.

Ressalto que o rigor quanto às determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foi seguido atentamente para todas as entrevistadas. Para identificar as jovens e adolescentes, pseudônimos foram escolhidos por elas antes do início da entrevista.

Sentadas em uma pedra, ao ar livre, na parte externa da casa da adolescente, iniciamos a entrevista. Nunca imaginei que teria tanta dificuldade para pronunciar a questão orientadora do estudo, gaguejei, tentei achar outras palavras, porém vi que não poderia fugir da pergunta: *“O que foi, para você, a tentativa de suicídio?”*. A adolescente não conseguia me olhar de frente, seus olhos se esquivavam, porém estava tranquila. Ao término da entrevista, senti-me aliviada, pois percebi que, apesar de trazer a tona sentimentos velados, aquela conversa não havia feito nenhum mal àquela jovem. Descobri, então, que esse era meu maior medo e a causa de toda a ansiedade: mexer em uma ferida ainda não cicatrizada, causando sofrimento às entrevistadas.

Na segunda entrevista, a adolescente não estava em casa. Nesse caso, resolvi agendá-la para outro dia.

Durante o trajeto até a casa da segunda adolescente a ser entrevistada, a ACS me informou que a mesma, de 16 anos, havia tentado suicídio há quatro dias e que sua mãe, sabendo de minha presença na comunidade, pediu para que eu conversasse com a garota. Dessa forma, antes de voltar para Senhora do Carmo, fui ao encontro dessa adolescente. Ao chegar a sua casa ela se escondeu e a mãe tentou insistentemente que ela conversasse comigo, o que me causou certo incômodo. Após um período de espera, resolvi me aproximar da adolescente que estava sentada sobre o fogão à lenha. A garota parecia um animal acuado, seu olhar era de medo e seu corpo se contraía como se pedisse proteção a alguém. Seu olhar se dirigia a mim com certo pavor, minha presença a assustava. Disse à adolescente que eu estava ali para saber como ela estava e que se estivesse tudo bem iria embora. Ela acenou a cabeça no sentido positivo afirmando que estava bem, sendo assim, me retirei.

Ao sair da casa, perguntei à ACS se o caso já havia sido relatado para a ESF e a mesma me disse que falaria em reunião de equipe. Descobri, em meio a essa conversa, que o Pronto-Socorro de Itabira, no qual são feitos os atendimentos a essas jovens, não realiza o contra-referenciamento para a Unidade básica de saúde, ficando a cargo do ACS relatar o caso à equipe. O grande problema desse fato é que a abordagem pela psicóloga da equipe só poderá ser feita caso a adolescente seja encaminhada pela médica ou enfermeira da ESF e essas só o farão caso sejam procuradas pela adolescente.

As entrevistas seguintes foram de mais fácil condução. A ansiedade já estava mais controlada e pronunciar a questão condutora do estudo deixou de ser algo constrangedor. A dificuldade da abordagem dos responsáveis pelos adolescentes que, no início, era um grande desafio, foi transposta. Foram surpreendentes as falas dos pais em relação à pesquisa, vários deles me agradeceram e parabenizaram pela iniciativa. Para eles, o suicídio está presente no cotidiano daquela comunidade e fazer algo para mudar essa realidade é essencial.

Confesso que fiquei bastante temerosa na primeira e segunda entrevistas, pois receava induzir a fala das jovens. Os momentos de silêncio, quando se faziam presentes, pareciam infindáveis, causando-me um extremo desconforto. Tinha em mente que meu objetivo era ouvir a experiência delas por meio de suas falas. Assim, quando elas permaneciam em silêncio, sentia como se fosse minha vez de falar. Apesar disso, não retomava o diálogo e, durante a angústia da espera, descobri o quanto as adolescentes estavam me dizendo naqueles períodos em que nada era pronunciado. A linguagem corporal durante os momentos de silêncio era riquíssima, o corpo das adolescentes falava por si só, os gestos traduziam vergonha, medo, ansiedade e, algumas vezes, desconforto.

Em dois encontros, não consegui obter a autorização das adolescentes para a realização da entrevista. Em um deles, a responsável legal pela adolescente teve receio de que, com nossa conversa, a filha pudesse tentar o suicídio novamente. No outro, a própria adolescente não quis que eu conversasse com seu marido, que era o responsável legal naquele momento. A adolescente que seria a primeira entrevistada desmarcou nosso encontro por duas vezes. Considerei esse fato como uma recusa silenciosa.

Ao término de cada entrevista, procurava transcrevê-la, na íntegra, para não perder os detalhes do momento. Durante a transcrição, era como se eu revivesse cada sentimento – meu e daquelas adolescentes e jovens. Após a transcrição, ouvia novamente a gravação, para que pudesse apreender todo o conteúdo da fala, inclusive detalhes mais discretos, subjetivos e significativos.

Para aproximar o leitor do mundo-vida das adolescentes e jovens entrevistadas e clarear os discursos, faço uma breve descrição das mesmas:

- S.R.P, 22 anos é Camila, dona de casa, cursa o ensino fundamental. Tem uma filha de cinco anos, mora com sua mãe e irmãos em uma comunidade que fica a 12 Km de Senhora do Carmo. Tentou suicídio

em 2003 com ingestão de veneno para matar rato, em seu domicílio. No início da entrevista, permaneceu com a mão na boca, com o corpo encolhido envolto por seus braços, no decorrer da fala, foi se soltando e a linguagem corporal mudou.

- I.A, 22 anos é Cristina, empregada doméstica, não quis dar continuidade aos estudos. Mora com a mãe e a filha de três anos na sede do distrito. Tentou auto-extermínio em 2007, com ingestão de medicamentos, em seu domicílio. A entrevista com Cristina foi uma surpresa, pois eu havia convivido muito próximo a essa jovem durante o tempo do Internato Rural e sabia da dificuldade dela em se expressar e até mesmo em se relacionar com os outros. Além disso, segundo os integrantes da Equipe de Saúde da Família, ela dificilmente daria a entrevista. Contudo, um dia antes da entrevista, encontrei-a na Unidade de Saúde e a jovem ficou feliz por me ver. Acredito que a mudança de postura tenha se dado a partir do momento que Cristina me identificou como pesquisadora. Ela me recebeu em seu local de trabalho e ficou tranquila durante a entrevista, porém não olhava para mim e suas mãos não paravam quietas.
- G.F.S, 16 anos é Franciele, babá, cursa o ensino médio, mora com a família na sede do distrito. Tentou o auto-extermínio por duas vezes, nos anos de 2006 e 2007, ambas as tentativas ocorreram em seu domicílio. Primeiramente procurei a mãe de Franciele, uma vez que a adolescente tem apenas 16 anos. Expliquei à senhora que aqui chamarei de Vitória, o objetivo da pesquisa e por que eu estava ali. Vitória me ouviu calmamente e em um determinado momento disse: “aqui tem muita gente que tenta se matar, vai ser muito bom você fazer esse trabalho aqui.” Pedi a Vitória autorização para conversar com Franciele, e ela me disse que eu lhe faria um favor, pois a filha não se abria com ela e que assim eu iria poder ajudar outras pessoas. Disse ainda que a filha havia tentado o auto-extermínio por duas vezes. Li juntamente com Vitória o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e procedemos à assinatura do documento. Logo em seguida, fui ao encontro da adolescente que já estava me esperando. Conversamos em seu local de trabalho, na casa onde trabalha como babá, pois

naquele momento estava livre. A entrevistada gesticulou durante a fala, como se quisesse ratificar cada palavra que proferia. Nos momentos de silêncio por instantes olhava para o infinito, em seguida abaixava a cabeça, roia as unhas...

- A.S, 17 anos é Mariana, estudante do ensino fundamental, mora com a família na sede do distrito. Tentou o auto-extermínio em 2007, com ingestão de medicamentos, na escola. Ao chegar à casa da adolescente, pedi para conversar com sua responsável legal que aqui chamarei de Clara. A senhora me levou para um quarto e expliquei a ela por que eu estava ali e qual o objetivo da pesquisa. Clara ficou emocionada, disse-me que seria muito bom que eu conversasse com a filha dela e que esperava que eu conseguisse ajudar outros jovens, para que não tentassem o suicídio. Tomadas as providências legais, iniciei a entrevista. Essa foi a entrevista mais difícil de todas que havia feito, pois foram poucas as palavras e grandes os períodos de silêncio, que se findaram com um olhar questionador de Mariana. Na primeira parte, a adolescente permaneceu com a mão na boca o tempo todo. Após alguns minutos de silêncio, a adolescente abaixou a cabeça e começou a mexer em sua perna, a força de seus dedos contra a pele a deixava marcada, os pés balançavam insistentemente. Tive a impressão de que a adolescente estava chorando, porém não tinha tanta certeza já que seu queixo tocava o peito. Em um segundo momento de silêncio, o corpo de Mariana segue um movimento de vaivém, o pé balança, a mão aperta com força cada vez maior a perna. Logo depois a adolescente encerra a entrevista.

3.6. Em busca da essência do fenômeno

Respalhada na análise ideográfica proposta por Martins e Bicudo (1989), que significa identificar, por meio de *insights*, a ideologia, ou seja, as idéias contidas nos relatos dos sujeitos, dei início à busca da essência do fenômeno auto-extermínio entre adolescentes e jovens.

Com a questão: “O que foi para você a tentativa de suicídio?” o desvelar do fenômeno iniciou-se.

Após incansáveis leituras em *epoché*, pude apreender o sentido geral do que significa para o adolescente e o jovem a tentativa de suicídio. Com a entrevista transcrita de forma ingênua, ou seja, respeitando-se o discurso das adolescentes e jovens, busquei identificar as unidades de significado. Essas unidades são falas que se destacam para o pesquisador, que têm significado especial.

Para determinar quais seriam as Unidades de Significado, coloquei-me no lugar das adolescentes e jovens de maneira intersubjetiva. Por meio de *insights*, sob a minha ótica de enfermeira, visualizei as partes essenciais do discurso, eliminando o restante que considerei desnecessário.

As Unidades de Significado foram negritadas e numeradas em cada discurso. A numeração que se repete corresponde às falas que se assemelham, ou seja, que apresentam o mesmo sentido.

Para melhor entendimento por parte do leitor, apresento, a seguir, o discurso de Camila, mostrando os passos percorridos por mim, no desvelamento do fenômeno.

Discurso 1 (Camila)

O que foi para você a tentativa de suicídio?

Significou que não vale a pena (1), a gente às vezes fica com a cabeça quente, vai e faz (2), mas depois se arrepende (1) entendeu? Que a gente passa por muita dificuldade, mas por mais que ela seja difícil (1), a gente consegue superar elas e num é tomando veneno pra morrer que a gente vai conseguir vencer na vida (1). *Camila abaixa a voz e diz: é isso que eu tenho pra falar. Eu permaneço em silêncio e ela continua: **E falo que assim, que não vale a pena ninguém fazer isso, entendeu, que é uma coisa que não vale a pena mesmo (1).*** **A gente tem que procurar ajuda entendeu (3),** hoje assim **eu dou conselho pra minhas amigas não fazer isso (4),** que não vale a pena, só isso não tem mais nada. *Pergunto a ela se tem mais alguma coisa que ela queira falar e ela responde: sou ruim demais pra falar, é só isso. Digo a Camila para ficar à vontade, pois temos todo tempo do mundo, ela diz: Ah não ...silêncio, só isso mesmo. Eu pergunto só isso? Ela diz: só, quando eu fazia psicóloga não conseguia falar com ela, é difícil... Silêncio, Ah só isso mesmo. Eu sou difícil minha filha, até na escola eu pra mim ler, perguntar uns negocio, nó é uma dificuldade danada que eu tenho, eu não consigo falar quase nada. Perguntei à jovem se ela tinha dificuldade pra falar, de colocar o sentimento pra fora e ela respondeu: às vezes tem, porque quando eu fazia psicóloga eu parei, eu desisti, acho que ela ficava meio perguntando demais e eu ficava só chorando também, aí parei de ir também, aí não voltei lá mais, acho que*

tenho muita dificuldade, na escola eu tenho grande dificuldade. O professor pergunta um negócio e eu não respondo, eu não gosto de, sei lá, tá pra sair mais eu não consigo falar, é complicado. Só isso mesmo? *Eu devolvo a pergunta: Tem mais alguma coisa, você quer me falar mais alguma coisa do que foi isso, ou você acha que já falou tudo?* “Ah também que **quando eu tomei remédio, aí depois que eu tomei eu fiquei muito arrependida (1)**, eu tenho uma filhinha de 5 anos **entendeu (4)**, as pessoas me deu muito conselho que não era pra eu poder fazer isso mais (4), porque eu teria que cuidar da minha filha, quem que ia cuidar dela pra mim, que **eu ia deixar uma vida pra trás (4)** entendeu? **As pessoas até hoje vive, assim me dá muito conselho pra eu não fazer isso (4)**, que não vale a pena. E só isso... *Silêncio. Pergunto se podemos encerrar e ela diz que sim pois não consegue falar muito. Continuamos em silêncio e de repente Camila começa a falar novamente, ligo o gravador: Por mim, pela minha mãe eu tinha morrido entendeu, porque ela falou pra mim que ela não tinha mandado ninguém tomar remédio (5), aí tinha um trabalhador aqui que me levou até lá em baixo e a ambulância me levou. Aí eu fui pro Pronto-socorro, fizeram lavagem, eu voltei. Assim, agora **ela é muito nervosa (5)** aí ela xinga e eu saio pra lá entendeu, não vou competir com ela, deixo falando sozinha com ela, faço as minhas obrigações, deixo assim, não olho muito conversa fiada dos outros entendeu, não gosto muito de fofoca, fico mais na minha, que é muito difícil né. **Qualquer um fica de cabeça quente por qualquer coisa, mas tem que tentar segurar e vencer. Não é tomando remédio, veneno que vai conseguir, conseguir sair das dificuldades (2)**.*

Após obter as Unidades de Significado, transformei-as em um discurso mais elaborado, conforme minha visão de enfermeira pesquisadora, porém buscando manter a propriedade das falas dos sujeitos, como demonstra o quadro a seguir:

QUADRO 1
Transformação dos discursos dos sujeitos

Discurso do sujeito (Camila)	Discurso articulado
[...] Significou que não vale a pena [...] a gente passa por muita dificuldade, mas por mais que ela seja difícil [...] consegue superar [...] não é tomando veneno pra morrer que a gente vai conseguir vencer na vida [...] depois que eu tomei o remédio fiquei arrependida [...] não vale a pena ninguém fazer isso [...] não vale a pena mesmo [...] (US 1)	Afirma que, apesar das dificuldades da vida, não vale a pena a tentativa de suicídio. Arrepende-se do que fez.

[...] A gente às vezes fica com a cabeça quente, vai e faz [...] qualquer um fica de cabeça quente por qualquer coisa, mas tem que tentar segurar e vencer. Não é tomando remédio, veneno que vai conseguir sair das dificuldades [...] não é tomando veneno para morrer que a gente vai conseguir vencer na vida [...] (US 2)	Diz que, às vezes é impossível controlar a impulsividade, mas não é tomando veneno que irá conseguir vencer os problemas.
[...] A gente tem que procurar ajuda [...] (US 3)	Afirma ser necessária a busca de auxílio para ajudar na resolução dos problemas.
[...] Pela minha mãe eu tinha morrido entendeu [...] ela é muito nervosa [...] falou pra mim que ela não tinha mandado ninguém tomar remédio [...] (US 4)	Afirma que sua mãe não se importa com ela. Mostra desestruturação familiar.
[...] Eu dou conselho pra minhas amigas não fazer isso [...] as pessoas me deu muito conselho que não era pra eu fazer isso mais [...] Tenho uma filha de 5 anos [...] eu ia deixar uma vida pra trás [...] As pessoas até hoje, vive, assim me dá muito conselho para eu não fazer isso [...] (US 5)	Afirma a existência de uma rede de apoio social e tem a filha como motivação de sua existência.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2009.

Após realizar a transformação das unidades de significado contidas em cada discurso, agrupei-as conforme as semelhanças ou as diferenças. Dessa maneira, cheguei às unidades temáticas, ou ainda subcategorias a saber:

- O arrependimento.
- A impulsividade.
- A busca pelo apoio profissional.
- Desestruturação familiar.
- O apoio social.
- Instabilidade emocional.
- Filho um motivo para viver.
- O apoio espiritual.
- O preconceito.

Ao imergir nas subcategorias, realizei nova redução, aprofundando-me em seus significados. Percebi então que as subcategorias se agrupavam em três grandes categorias de análise, as quais nomeei de:

- I – Tentativa de suicídio: as razões para o ato
- II - O vivido após a tentativa de auto-extermínio

III – A reconstrução do caminho

Assim, apresento, a seguir, as categorias de análise e suas subcategorias:

I – A tentativa de suicídio: as razões para o ato

- A impulsividade
- A desestruturação familiar
- A instabilidade emocional

II - O vivido após a tentativa de auto-extermínio

- O arrependimento
- O preconceito

III – A reconstrução do caminho

- A busca pelo apoio profissional
- O apoio social
- Os filhos como motivação existencial
- O apoio espiritual

Finalmente, depois de obter as categorias de análise, dei início ao processo compreensão/interpretação. Para isso, foi preciso retomar meus pressupostos teóricos e buscar amparo na literatura e nas concepções filosóficas de alguns fenomenólogos, para que pudéssemos juntos dar voz ao não-dito pelos sujeitos da pesquisa e enaltecer o explícito em suas falas. Para apoiar-me nessa caminhada, optei por fazer algumas aproximações às idéias de Maurice Merleau-Ponty e Martin Heidegger. Confesso que foi extremamente difícil para mim esse processo, considerando a incipiência de meus conhecimentos filosóficos. Em um processo de idas e vindas, de profundas reflexões, tentei extrair do pensamento desses filósofos, aquilo que tem de familiaridade com o fenômeno estudado. Assim sendo, apresento, a seguir, alguns conceitos que pude apreender até o momento, não objetivando, portanto, fazer uma síntese do pensamento dos filósofos, mas sim aproximar o leitor de suas principais idéias.

3.7 Alguns pressupostos da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty e Martin Heidegger

3.7.1 Maurice Merleau - Ponty

A fenomenologia de Merleau-Ponty é basicamente existencialista. Sua principal preocupação era reaprender a ver o Mundo. A escolha desse referencial permitiu-me aprofundar o conhecimento acerca da temática suicídio entre jovens e adolescentes, uma vez que o suicídio é uma agressão ao corpo, uma negação do mundo e uma opção, ainda que, na maioria das vezes, seja ambígua.

Para compreender a relação dos adolescentes e jovens com o corpo, o mundo, o tempo e a liberdade, caminhei entre as idéias de Merleau-Ponty explicitadas na obra “Fenomenologia da Percepção”.

Segundo Merleau-Ponty (1999), é por meio do Corpo que podemos sentir e, portanto, perceber o mundo, os objetos e as pessoas. O corpo é cheio de significações, é uma teia de funções ligadas à comunicação, à linguagem, à visão, à motricidade e à emoção.

Para Merleau-Ponty (1999, p. 122): “o corpo é o veículo do ser no mundo, e ter um corpo, é para um ser vivo, juntar-se a um meio definido, confundir-se em certos projetos e empenhar-se continuamente neles.”

Segundo Merleau-Ponty (1999), o corpo habita o espaço e o tempo, pois o meu corpo existe agora e não pode se tornar passado. O corpo não é o espaço ele está no espaço. Assim, a transição do tempo é sentida por meio de meu corpo que retém em si o testemunho de cada momento do tempo.

Entendo que o corpo é minha maneira de perceber o mundo, é a minha experiência perceptiva. Eu realizo um determinado movimento, não porque minha consciência pensou, mas sim porque meu corpo o compreendeu e o incorporou a seu mundo.

“A consciência é o ser para a coisa por intermédio do corpo (...) o corpo está no mundo, assim como o coração no organismo; ele mantém o espetáculo visível continuamente em vida, anima-o e alimenta-o interiormente, forma com ele um sistema” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 193; 273).

Dessa maneira, não seria possível apreender as coisas no mundo sem a mediação da experiência corporal. É por meio de meu corpo que projeto um espaço

habitado, que busco o espaço de minha existência. O corpo é a expressão maior do sujeito, é a sua maneira de ser-no-mundo, seu meio de comunicação. É por meio dele que eu me estabeleço no mundo e compartilho com o corpo do outro, minhas emoções, sentimentos e idéias. “O corpo é o pivô do mundo” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 122).

O corpo é capaz de comunicar-se por meio dos gestos e linguagem. “A fala é um verdadeiro gesto e contém seu sentido, assim como o gesto contém o seu” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 249). Para compreender o gesto é preciso que o mesmo seja compreendido por um espectador que o observa. Portanto, só é possível compreender o sentido de outra conduta quando, por meio de meu corpo, posso torná-la minha. O gesto mostra a maneira como o homem se relaciona com o mundo.

O mundo e o corpo estão entrelaçados, pois é no mundo que meu corpo vivencia suas experiências e encontra um horizonte de possibilidades. O mundo só existe se vivenciado por mim, pois não se pode conceber um sujeito sem mundo (MERLEAU-PONTY, 1999).

Compreendo o mundo por meio de meu corpo como o espaço no qual estou inserido. O mundo é tudo o que me envolve: os locais onde vivo, as pessoas com as quais me relaciono, o meu trabalho, a minha história. O mundo nunca se altera, o que modifica é a maneira como eu percebo esse mundo.

Para Merleau-Ponty (1999), o mundo é um reservatório inesgotável de onde as coisas são tiradas, é o lugar vago de todas as experiências, um indivíduo inacabado. Assim, por meio de meu corpo, posso transformar esse mundo que me serve como ponto de apoio.

O homem é engajado no mundo por meio de seu corpo, portanto lhe é facultado o direito de como ser-no-mundo. Para Merleau-Ponty (1999, p. 591) “sou livre em relação à fadiga na exata medida em que o sou em relação a meu ser-no-mundo, livre para prosseguir meu caminho sob a condição de transformá-lo.”

O homem tem por tarefa sua realização e isso significa fazer escolhas, por isso, todo homem é livre para ser-no-mundo. Essa liberdade implica em consequências pois, se faço uma escolha, deixo para trás um caminho que poderá, em algum momento, ser resgatado, mas estará imbricado com a escolha feita anteriormente.

Todo homem é livre, não havendo nada que possa limitar sua liberdade. .
 “Não há nada que possa limitar a liberdade, senão aquilo que ela mesma determinou como limite por suas iniciativas, e o sujeito só tem o exterior que ele se dá” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 584). Assim, todo homem é livre para realizar suas escolhas.

O conceito de Tempo é tratado por esse filósofo de maneira diferente daquele considerado pelos cientistas. O tempo não pode ser medido em um relógio, pois o tempo de meu corpo não é aquele registrado no relógio.

O tempo não é um processo real, uma sucessão efetiva que eu me limitaria a registrar. Ele nasce de minha relação com as coisas. Nas coisas próprias, o porvir e o passado estão em uma espécie de pré-existência e de sobrevivência eternas (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 551).

Dessa maneira, é impossível separar as nossas ações em passado, presente e futuro, pois o nosso tempo não é o tempo cronológico e aquilo que para mim é passado ou futuro está presente no mundo.

A partir das idéias expostas até o momento, acredito estar no caminho certo, pois este trabalho tratou da compreensão da experiência vivida por um ser e o que se propôs foi o desvelamento de um fenômeno que ocorre com jovens e adolescentes por meio da atuação de um corpo que fala com seus gestos e atitudes.

3.7.2 Martin Heidegger

Ao buscar respaldo nos referenciais filosóficos, encontrei, em Martin Heidegger, por meio da obra “Ser e Tempo”, ancoradouro para trabalhar questões específicas relativas a este trabalho como a Morte e o Cuidado. As duas temáticas foram essenciais para que eu pudesse compreender o suicídio entre adolescentes e jovens, desvelando os caminhos a serem percorridos durante a análise das entrevistas.

Heidegger preocupa-se com a questão do ser e sua relação com o mundo. Segundo o filósofo, todo ser é um ente, e ente é:

Tudo de que falamos, tudo que entendemos, com que nos comportamos dessa ou daquela maneira, ente é também o que é como nós mesmos somos. Ser está naquilo que é como é, na realidade, no ser simplesmente dado (HEIDEGGER, 2002a, p. 32).

Para o autor todo ser é um ser da pré-sença e a pré-sença é o ente que eu mesmo sou. A pré-sença não é o homem em si, também não é sinônimo de existência. Ela evoca a constituição ontológica do homem. “*É na pré-sença que o homem constrói o seu modo de ser, a sua existência, a sua história*” (HEIDEGGER, 2002a, p. 309).

Segundo Heidegger (2002a), o mundo é sempre mundo compartilhado com os outros e o ser-em significa ser-com-os-outros. Ser-em não significa algo dado dentro do outro, mas sim o ente que eu mesmo sou. Para o autor, não é possível ser-no-mundo sem ser-com-o-outro. “Mesmo a ausência desta relação, ou seja, mesmo o estar-só da pré-sença é ser-com-no mundo. Somente num ser-com e para um ser-com é que o outro pode faltar.”

O filósofo introduz o conceito de morte. A única certeza do homem é que ele é um ser-para-a-morte. Ela não é o fim de um caminho bem arranjado, mas uma possibilidade que pode surpreendê-lo, a qualquer momento, atravessando a sua existência. Contudo, a morte é tratada de maneira impessoal no cotidiano.

Morre-se porque, com isso, qualquer um outro e o próprio impessoal podem dizer com convicção, mas eu não; pois esse impessoal é o ninguém. A morte que é sempre minha, de forma essencial e insubstituível converte-se num acontecimento público, que vem ao encontro no impessoal (HEIDEGGER, 2002b, p. 35).

Essa maneira de lidar com a morte evidencia a dificuldade em se trabalhar com o suicídio. A morte é morte de ninguém, pois é temida por todos. Quando alguém busca essa morte como possibilidade de não-mais-ser-no-mundo, provoca espanto e repulsa. Mas, esse ser precisa de ajuda, cuidado e apoio. Assim, introduzo o conceito de cuidado trabalhado pelo filósofo.

Existem duas maneiras de cuidar. Uma na qual assumo o cuidado pelo outro, estrangulo-o em suas possibilidades, tornando-o dependente e dominado e uma segunda forma de cuidar, na qual o cuidado é compartilhado, em que permito, ao outro, escolhas. Nessa segunda maneira, eu ajudo o outro a tornar-se, a transformar-se e a amadurecer (HEIDEGGER, 2002a).

Não tive por objetivo, nesta descrição, resumir o pensamento de Heidegger, mas apenas apresentar algumas de suas idéias que desvelaram meus caminhos, para que o leitor possa sentir-se mais próximo do referencial utilizado.

4 CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 Tentativa de suicídio: as razões para o ato

Quando tá escuro e ninguém te ouve, quando chega a noite e você pode chorar, há uma luz no túnel dos desesperados, há um cais de porto, pra quem precisa chegar eu tô na lanterna dos afogados, eu tô te esperando, vê se não vai demorar.

(Hebert Viana)

A tentativa de suicídio é uma atitude extrema de desespero e pedido de ajuda. Sinaliza que algo não vai bem, que a vida precisa tomar outro caminho para que possa ser suportável. O ser-aí (ser humano) adolescente deseja antecipar a morte como uma forma de romper com o sofrimento vivido. Ou seja, para ele, o suicídio é uma alternativa para não continuar sendo-no-mundo.

O adolescente, muitas vezes, não consegue lidar com as dificuldades inerentes a seu processo de adolecer. A dificuldade de viver os lutos característicos dessa fase e de se sentir aceito no mundo dos adultos faz com que o adolescente opte por não continuar sua caminhada. Por não se sentir ouvido, reconhecido e pela própria dificuldade de se expressar, o adolescente busca, por meio de seus atos, a atenção que lhe é devida pela família e pela sociedade. Esses atos nem sempre são sensatos representando assim seu imediatismo e impulsividade.

4.1.1 A impulsividade...

Na maior parte dos casos estudados, pude perceber a impulsividade ligada ao ato suicida do adolescente. Esse ato foi vivenciado como a única saída para um momento de grande dor e desespero. Buscar a morte foi a solução encontrada para a resolução de problemas, angústias e sofrimento. O desespero

está ligado a uma desesperança de que mudanças poderão ocorrer, e viver sem essa possibilidade torna-se impossível.

[...] Pra mim foi assim uma coisa de momento, que não vinha mais nada na cabeça, só vinha a tentativa de suicídio. [...] foi assim coisa de momento mesmo. Não vinha mais nada na minha cabeça, vinha um branco na cabeça, que tudo que a gente acha na frente, todo tipo de comprimido a gente toma [...] tentativa de suicídio é desespero, a pessoa está desesperada, a pessoa está sem saída [...] a pessoa quer fazer uma coisa, na mesma hora já não quer, só que acaba fazendo. Tem uma coisa dentro da gente que acaba incentivando a gente fazer [...] **(Franciele)**.

[...] Eu tava passando por um momento difícil, aí a única coisa que veio na minha cabeça, desistir de tudo, pra vê se acabava [...] **(Cristina)**.

O desespero colocado por Franciele evoca o significado peculiar da temporalidade para o adolescente, manifestado em sua percepção de não haver mais tempo para resolver um conflito. Sabe-se que o adolescente é capaz de manejar o tempo de acordo com seus interesses, dessa forma, o tempo do adolescente é atípico; para ele, é tudo ou nada, agora ou nunca, o que favorece a concepção de uma situação sem saída e um agir patológico. Assim, em um momento de desespero, o adolescente não consegue manter a calma e pensar no tempo como auxílio, ele age impulsivamente (GOLDENSTEIN, 1995).

Além da temporalidade resgatada na frase de Franciele, é possível perceber a angústia presente em sua fala. Para ela, não havia uma saída para seu problema, ela provavelmente iria se deparar com uma situação para a qual ainda não estava preparada. Como a morte passa a idéia de outra vida, ela prefere enfrentar esse desconhecido onde tudo se renova, a encarar a realidade mundana a que está vinculada. Ressalto que o momento de angústia que antecedeu a tentativa de auto-extermínio pode ter sido experienciado como uma eternidade para o adolescente, assim como o momento em que ele se vê cara a cara com a morte.

A fala das adolescentes corrobora com Cassorla (1998) quando o mesmo coloca que a pessoa que tenta o suicídio nem sempre quer morrer, até porque desconhece o que vem a ser a morte. Muitos suicidas desejam melhorar uma situação insustentável da vida, mas acreditam que já foram esgotadas todas as possibilidades de obter essa mudança (RESMINI, 2004). O suicida traduz, em seu ato, um pedido de socorro, sinaliza que algo não vai bem. A pessoa se mata, pois

deseja permanecer em um mundo sem sofrimento, no qual todos os seus problemas deixarão de existir, onde poderá receber atenção, carinho, proteção ou, dependendo do caso, até mesmo vingar-se.

Para Heidegger (2002b), o existir pressupõe estar entregue às possibilidades factuais que podem ocorrer independente de o homem desejá-las; é assim que o aÍ se mostra ao ser. Como ser-aÍ, o homem se encontra em um universo de possibilidades, ou seja, o seu “ser” inclui um poder-ser, que permite a todo homem um projeto de vir-a-ser. A morte é a única certeza do ser, representando a possibilidade de sua impossibilidade. Dessa forma, o homem pode ser caracterizado como um ser-para-a-morte, pois a morte pode atravessar seu caminho em qualquer etapa de sua existência. No suicídio, o ser-aÍ escolhe não-ser-mais-aÍ, entregando-se à morte. O adolescente, em sua situacionalidade, em seu momento de desespero, vê uma única possibilidade de não-ser-mais-aÍ, o que põe fim à angústia diante de uma existência sem sentido, a seus olhos (SAMPAIO; BOEMER, 2000).

É importante observar o quão duro foi para essas adolescentes falar sobre si e sobre o suicídio. Partindo de nosso mundo-vida, sabemos como é difícil expor sentimentos, medos, angústias. Falar sobre a morte já é algo que traz forte incômodo; falar sobre a busca da morte como opção foi além de angustiante, embaraçoso. O silêncio, após as descrições da tentativa de auto-extermínio pelas adolescentes, predominou nas entrevistas. É como se as adolescentes e jovens precisassem se recompor para dar continuidade a sua fala. E era também nesse momento de silêncio que eu podia organizar meus pensamentos e me colocar no lugar do outro, as emoções comunicadas por uma postura encolhida, olhos abaixados mostravam-me a dor ainda presente e me permitiam ingressar na vida dessas jovens.

A complexidade do tema abordado nas entrevistas reflete nas respostas dadas pelas adolescentes e jovens e na maneira como se comportavam durante a entrevista. A maior parte dos entrevistados buscava burlar a barreira do “falar de si” camuflando-se entre os outros, ao utilizar a fala “a gente”. Falavam de um conjunto de “a gente”, quando, na verdade, cada uma se referia a si mesma.

Para Heidegger (2002a), a existência humana é constituída em um movimento de inautenticidade e autenticidade que se entrelaçam a vida toda. O ser-aÍ é igual a todos os outros homens e carrega consigo tudo o que está presente nos

outros homens. Na cotidianidade, o ser com-os-outros é dissolvido no “a gente” – “cada um é o outro e ninguém é ele mesmo.”

Para tratar de um tema proibido, velado, as adolescentes e jovens buscaram despersonalizar-se. Ao esconder-se por trás da coletividade, falar sobre a tentativa de suicídio tornou-se mais simples, pois não foi preciso denominar esse alguém que tentou o suicídio. Assim, “o impessoal pode, por assim dizer, permitir-se que se apóie impessoalmente nele. Pode assumir tudo, já que não há ninguém que precise responsabilizar-se por alguma coisa” (HEIDEGGER, 2002a, p.180).

[...] No dia que eu fiz eu não pensei não [...] a gente pra ir tem que pensar mesmo, pensar nas coisas que eu tenho, outras não tem. [...] Se tiver pensando tem que pensar três vezes antes de fazer [...] **(Cristina)**

[...] a gente passa pela vida e a morte e não foi legal, não foi [...] **(Franciele)**

Além da impulsividade e impessoalidade encontradas nas falas das adolescentes e jovens observo que o medo do encontro com o desconhecido, fez com as entrevistadas repensassem sobre o suicídio. A tentativa de auto-extermínio transformou a morte em uma realidade, e a vida, apesar de não transcorrer como desejada por essas jovens, continuava valendo a pena. O pensamento mágico sobre vida e morte foi desfeito.

A impulsividade é característica da adolescência a partir do momento em que a atuação é sua forma típica de comunicação. Para Resmini (2004), as tentativas de suicídio são formas específicas de atuação.

A chamada “crise da adolescência” por si só é capaz de desencadear um ato suicida, uma vez que se trata de momentos muito fugazes de desorganização psíquica. As tentativas de suicídio se dão em um contexto brusco, de grande tempestade (CLEGERT, 2004).

A adolescência traz consigo a certeza da onipotência, uma vez que, para o jovem, não há limites ou impossibilidades. Não é porque o outro fracassou que eu também o farei. Porém, é difícil para o adolescente manter-se na onipotência; à menor sombra do perigo, toda vigorosidade se despenca e a impotência prepondera. O adolescente, quando provocado, reage geralmente de uma maneira bruta e sem muito cuidado, ferindo com suas atitudes todos os que estão a sua volta (GOLDEDENSTEIN, 1994).

Podemos observar, na fala de Camila, que, além de impulsiva, a tentativa de auto-extermínio foi uma retaliação a um acontecimento vivenciado, ou seja, na hora da raiva, agiu brutalmente, como uma maneira de demonstrar sua insatisfação. Porém, a onipotência caracterizada pelo ato suicida, transformou-se em impotência ao verificar que seu gesto impulsivo não gerou os resultados esperados. A jovem conclui que a tentativa de auto-extermínio não é o caminho adequado para a solução dos problemas. Identifico, na fala da jovem, um sentimento de fracasso, pois diferentemente de outras pessoas a seu redor, ela não soube lidar com suas dificuldades.

[...] A gente às vezes fica com a cabeça quente, vai e faz [...] qualquer um fica de cabeça quente por qualquer coisa, mas tem que tentar segurar e vencer. Não é tomando remédio, veneno que vai conseguir sair das dificuldades [...] não é tomando veneno para morrer que a gente vai conseguir vencer na vida [...] **(Camila)**

A tentativa de auto-extermínio representa um ataque a si, ao outro e ao mundo no qual estou inserido. É caracterizada como um ataque ao corpo, na tentativa de fazê-lo não mais existir ou ser no mundo com o outro.

Segundo Merleau-Ponty (1999, p. 122), “o corpo significa o veículo do ser no mundo e ter um corpo é, para um ser-vivo, juntar-se a um meio definido, confundir-se com certos projetos e emprenhar-se continuamente neles”.

Para Braconnier e Marcelli (1998) *apud* TEIXEIRA (2002), o ataque ao corpo pode expressar o questionamento que o adolescente mantém com seu próprio corpo.

O corpo é o meio de expressão dos adolescentes e dos jovens. É por meio inclusive de suas roupas e estilo que eles se comunicam e estabelecem identidades grupais. O corpo é ainda a fonte de poder do jovem, pois é com esse corpo que ele poderá se afirmar, estabelecer relacionamentos fraternais e amorosos, além de conquistar um espaço no mercado de trabalho.

O corpo é o meio de comunicação com o mundo, é nosso ancoradouro, um espaço expressivo no qual eu mostro, em gestos e atitudes, as várias maneiras de sentir o mundo. Dirijo-me ao mundo intencionalmente através de meu corpo e nele estabeleço um sentido para minha existência.

O corpo está aberto ao mundo, é o modo pelo qual tem ‘um mundo’ e a ele atribui significados. O corpo é a possibilidade de o sujeito ser o que ele ainda não é, segundo aquilo que escolhe, assume e participa para

comunicar um sentido do que vive, sente e pensa (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 457).

O jovem e o adolescente ao dirigirem seu corpo intencionalmente para a morte desejam por fim à existência de seu corpo, pois é ele que percebe o mundo e, nesse caso, o mundo se mostra como um lugar de poucas possibilidades e limitado futuro. Eles comunicam ao mundo por meio de seu corpo a insatisfação em sua forma de existir.

Esse mesmo corpo é capaz de modificar o mundo em que vive, buscando novas possibilidades. Considerando o mundo como tudo o que me envolve, sou um ser engajado no mundo, mas não preso a uma determinada situação; assim, estou sempre aberto para tornar-me algo novo. E é dentro dessas possibilidades, que o mesmo jovem que não conseguia encontrar um caminho, após o momento de angústia e impulsividade, descobre que é capaz de se modificar e assim transformar o mundo a seu redor. Assim, o mundo do adolescente que tentou o suicídio não muda, permanece intacto, o que mudará é a relação que esse jovem estabelece com o mundo.

A tentativa de suicídio torna-se ato falível. O adolescente e o jovem precisam aprender a encarar seus problemas e a reagir de maneira positiva perante o mundo. Apesar dos conflitos característicos de ambas as fases, o jovem e o adolescente necessitam encontrar soluções para suas angústias e medos. Segundo Heidegger (2002a), é justamente daquilo que se foge que o ser-no-mundo corre atrás. Somente à medida que ele se coloca diante de si mesmo é que pode fugir de si mesmo. Assim, os adolescentes que não encararem seus problemas e frustrações, não conseguirão ver-se livres deles, já que os problemas não são meramente extrínsecos, mas inseparáveis de si.

Alguns dos problemas vivenciados pelos adolescentes e jovens não estão ligados somente à dimensão individual, perpassando o mundo social, que começa a ser vivenciado no núcleo familiar. Por isso, é preciso compreender esses jovens inseridos em diferentes contextos e influenciados pelos mesmos. Dessa maneira, passo à próxima subcategoria de análise.

4.1.2 A desestruturação familiar...

A adolescência é uma fase que provoca inúmeras mudanças no seio da família. O adolescente vivencia o luto pela perda dos pais da infância, pois à medida que busca uma nova identidade e independência, separa-se progressivamente do meio familiar. Os pais da infância outrora tidos como heróis, sempre incontestáveis, passam a ser vistos pelo adolescente como meros mortais capazes de errar e de se contradizer.

Os pais dos adolescentes e jovens também vivenciam o luto de seus filhos, pois têm que se desprender do filho criança e evoluir para uma relação com o filho adulto, o que impõe muitas renúncias de sua parte (ABERASTURY e KNOBEL 2005). Esse é um processo difícil que traz dor e sofrimento tanto aos pais quanto aos filhos.

A estrutura familiar vem sofrendo importantes transformações em sua conformação e em suas funções. Mudam as relações intra e extra-familiares. A convivência familiar é cada dia menor, diminuindo assim os vínculos que antes conferiam suporte emocional aos jovens (FONTENELLE, 2008).

A disfunção familiar está altamente relacionada à tentativa de suicídio entre jovens e adolescentes. As formas como se relacionam, se comunicam, resolvem seus problemas, estabelecem limites e trocam afetos podem contribuir para o desenvolvimento de comportamento auto-destrutivo entre seus membros (RESMINI, 2004; CLERGET, 2004).

A família funciona como um sistema com regras que determinam os papéis e a relação de cada um com os outros. A forma como os papéis são divididos no ambiente familiar tem consequência sobre o equilíbrio de cada um de seus membros. O adolescente, em sua busca de identidade, deseja um remanejamento de papéis, o que traz impacto sobre toda a família. Assim, a tentativa de suicídio, como um ato desorganizador, pode surgir, de maneira inconsciente, como uma forma de sair desse sistema (CLERGET, 2004).

Os jovens e adolescentes querem se estabelecer em uma sociedade que nem sempre está preparada para recebê-los. O aumento da violência e da criminalidade, além da difícil inserção no mercado de trabalho, torna ainda mais difíceis a afirmação desses jovens e o relacionamento familiar. Os jovens são

cobrados pelo desenvolvimento de uma carreira profissional, porém enfrentam dificuldades para conseguir emprego, gerando desconforto e cobranças no meio familiar. A violência limita a liberdade do jovem, pois a família teme pela segurança de seu ente, privando-o de ambientes que considera perigosos. Assim, os jovens, muitas vezes, burlam esse controle desencadeando sérios conflitos familiares.

O jovem e o adolescente desejam ser ouvidos por seus familiares, principalmente por seus pais. Apesar de haver o desejo de liberdade, esse jovem também quer que alguém imponha limites. O adolescente vive em conflito, quer assumir uma identidade adulta, mas mantém o comportamento infantil. Os pais, na maior parte das vezes, não sabem qual conduta assumir perante seus filhos e acabam abandonando-os, pois, já que desejam ser adultos, devem arcar com as consequências de seus atos. O jovem sente-se abandonado, sem rumo, desamparado e tenta, por alguma maneira, demonstrar sua insatisfação, contestar. Nem sempre o diálogo é possível, nem sempre há uma relação de confiança entre pais e filhos. Assim, o adolescente reage de maneira bruta, buscando o auto-extermínio como forma de sensibilizar seus familiares, de mostrar que está ali, vivo, e que precisa de atenção, carinho e zelo.

Observo na fala de Camila, o desejo de que sua mãe ficasse comovida com seu gesto e a amparasse, quebrando as barreiras existentes no relacionamento mãe e filha. Contudo, segundo a mãe, ela teria que arcar com as consequências, uma vez que o suicídio foi uma decisão da filha.

[...] Pela minha mãe eu tinha morrido entendeu [...] ela é muito nervosa [...] falou pra mim que ela não tinha mandado ninguém tomar remédio [...] **(Camila)**

Para Merleau-Ponty (1999), o corpo, enquanto fenômeno, é portador de uma capacidade singular de apreender o sentido de outra conduta, por meio do gesto ou da fala. Só com o corpo consigo compreender a intencionalidade do outro – e sua atitude para comigo – pois, através do meu corpo posso torná-la minha. No momento em que Camila não teve o apoio de sua mãe, em que seu gesto não surtiu o efeito esperado no outro, a jovem sente-se ainda mais desamparada e só. Ao relatar a postura da mãe, o corpo de Camila se curvou e a cabeça permaneceu baixa, demonstrando o quanto ainda estava ressentida pela atitude de abandono.

A postura assumida pela mãe de Camila leva-nos a uma reflexão já realizada por Cassorla (2005), quando coloca que o ambiente não muda por causa

da tentativa de suicídio. Ele pode inclusive reagir agressivamente a esse ato e o sujeito pode ser rejeitado e castigado. O mesmo autor relata que, em suas pesquisas, a maior parte dos jovens suicidas provinha de lares com grandes conflitos familiares. A percepção que os jovens tinham de seus pais era característica: mães autoritárias e pais fracos ou ausentes.

Viver em família é ser-aí com o outro. No mundo família, o jovem encontra possibilidades de ser-com-o-outro, de sentir-se cuidado. Podem co-existir modos positivos que permitam ao jovem ser ele mesmo ou modos deficientes que ofereçam como possibilidades ser “qualquer um” mesmo. O mundo da família é um ambiente no qual significados são gerados na cotidianidade. Com as experiências e vivências adquiridas, cada um de nós tem uma representação e um significado de família. Viver em família é uma experiência única para cada família e para cada um dos seus integrantes, para cada um de nós. Em algumas famílias, as possibilidades de ser de cada “ser aí” estão condicionadas pelo modo de ser de alguns integrantes, gerando assim um cuidar deficiente, no qual predomina um relacionamento de marcada indiferença, com possibilidades de cuidar limitadas (DELGADO, 2005).

Observa-se, na fala de Camila, o quão incômoda é a postura autoritária assumida pela mãe, quando a jovem relata que é muito nervosa, ou seja, a palavra da mãe é sempre preponderante e não pode ser contrariada. Aqui, o ser dessa jovem está limitado ao ser de sua mãe, o que gera um cuidado limitado e o desejo de não ser-com-a-família, uma vez que o sistema de relacionamento com o outro encontra-se talvez interrompido. A tentativa de suicídio pode ser um meio de constituir limites entre si e seus pais, quando a distância parece insuficiente. Matar-se é um ato de poder, é afirmar-se livre (CLERGET, 2004).

Portanto, observa-se que a família tem papel fundamental nas escolhas feitas pelos adolescentes, podendo servir como fator desencadeante para o comportamento auto-destrutivo ou fator protetor contra o mesmo. Todo adolescente, apesar dos movimentos em relação à independência, ainda depende do apoio e da proteção familiar, que lhe permitam completar seu ciclo de desenvolvimento, marcado, principalmente, pela instabilidade emocional.

4.1.3 A instabilidade emocional...

É fator preponderante, na adolescência, uma grande labilidade emocional relacionada à vivência e à elaboração dos lutos. A entrada no mundo dos adultos traz forte insegurança e sensação de perda, uma vez que, ao admitir essa passagem, o adolescente perde completamente seu papel infantil.

A adolescência é um período de contradições, período confuso, doloroso, caracterizado por fricções com o meio familiar e social. A desvinculação gradual dos pais e do corpo infantil é acompanhada por um profundo sentimento de perda e isolamento, com enfraquecimento de suas defesas contra a angústia vivida nessa fase (RESMINI, 2004).

Aberastury e Knobel (2005) colocam que um sentimento de ansiedade e depressão acompanhará o adolescente em todo seu desenvolvimento. O adolescente, envolto por seus conflitos, poderá sentir-se sozinho e ter dificuldade de encontrar-se no mundo.

A juventude está relacionada a uma dificuldade de inserção no meio social, seja por meio da cultura, trabalho ou lazer. A jovem Cristina fala das dificuldades de se sentir aceita pelos outros, preferindo permanecer isolada do convívio social.

[...] Eu acho que os outros olham pra mim, que estão rindo de mim, que ninguém gosta de mim [...] tem horas que os outros [...] tá conversando, tá olhando pra mim [...] aí dá vontade de ficar no meu canto sozinha, não ver ninguém [...] **(Cristina)**

O corpo explora o mundo e estabelece uma relação corporal com o mesmo; dessa forma, posso encontrar outras experiências de contato com o mundo. Cristina vivencia, por meio de seu corpo, toda a vergonha e a insatisfação de ser quem é e, assim, o mundo é o prolongamento desses sentimentos. Há entre o corpo do “outro” e o de Cristina uma espécie de ligação que permite que o comportamento do “outro” tenha sempre uma significação intersubjetiva para ela.

Dessa forma, Cristina isola-se e não mais se dispõe em relacionar-se com esse “outro”, ou seja, Cristina não “se permite mostrar ao ‘outro’ como realmente é, pois o sentimento de inferioridade está introjetado em seu ser. A jovem projeta seus próprios sentimentos de não aceitação de seu “ser” para as pessoas que a cercam.

Porém, o mundo é sempre o mundo compartilhado com os “outros” e a postura assumida por Cristina não permitirá o envolvimento com o “outro”, gerando uma falência no processo de existir. Por se sentir só e rejeitada, Cristina busca a morte como única solução, pois conviver com sentimentos de solidão e rejeição, imbricados em seu ser, é insuportável para a jovem.

O adolescente é capaz de elaborar os lutos com tranquilidade, supera os sentimentos de não pertença a um mundo e de instabilidade emocional. Contudo, aqueles que não conseguem engajar-se para a superação das perdas, podem buscar, na tentativa de suicídio, um dos meios de lutar contra a vivência depressiva.

Os jovens que vivenciam esse sentimento de repulsa e exclusão deixam de trilhar novos caminhos, fechando-se às possibilidades de estabelecer uma relação com o mundo que os circunda.

A solidão e a dor vivenciadas após o ato suicida trouxeram, à vida dessas jovens, um profundo arrependimento, pela própria atitude de fracasso perante a vida e pelo vivido no convívio com o outro, que nem sempre compreende o ocorrido como um pedido de ajuda, mas como uma atitude transgressora. Assim, passo à próxima categoria de análise que aborda o arrependimento pelo ato suicida e o preconceito sofrido após o mesmo.

4.2. O vivido após a tentativa de auto-extermínio

*“Que bom seria voltar no tempo, apagar os erros e fazer coisas que eu não fiz, ainda dá tempo (...).
Que bom seria voltar no tempo, esquecer os medos e buscar coisas que eu só quis, ainda dá tempo (...)”*

(Gabriel Cunha)

4.2.1 O arrependimento...

Essa subcategoria de análise esteve presente nas falas de todas as entrevistadas. O momento em que descreviam o arrependimento era sempre

precedido ou seguido de um período de silêncio infindável. Por meio do silêncio, as adolescentes me diziam muito, mas era preciso estar atenta e disposta a ler e interpretar as significações do corpo mostradas por meio da linguagem silenciosa, assumindo uma postura acolhedora que demonstrasse disponibilidade em ouvir.

É por meu corpo que compreendo o outro, assim como é por meu corpo que percebo as “coisas”. Assim, “compreendido”, o sentido do gesto não está atrás dele, ele se confunde com a estrutura do mundo que o gesto desenha e por minha conta eu retorno, ele se expõe no próprio gesto (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 253).

Por ser um ato impulsivo no qual o desespero por uma busca de solução para os problemas vivenciados esteve presente, o arrependimento mostrou-se como sentimento preponderante. Os sentimentos das entrevistadas acerca das dificuldades vivenciadas mudaram, o vivido após a tentativa de suicídio faz com que enxerguem um novo caminho para enfrentar os problemas inerentes à vida. Por pior que seja a situação em que se encontram, mantêm uma certeza, a de que a vida é a melhor escolha.

[...] Significou que não vale a pena [...] a gente passa por muita dificuldade, mas por mais que ela seja difícil [...] consegue superar [...] não é tomando veneno pra morrer que a gente vai conseguir vencer na vida [...] depois que eu tomei o remédio fiquei arrependida [...] não vale a pena ninguém fazer isso [...] não vale a pena mesmo [...] **(Camila)**

Para Camila, o suicídio deixou de ser uma escolha, ao perceber que todas as pessoas a seu redor enfrentam dificuldades mas nem por isso buscam a morte como solução. A tentativa de suicídio trouxe mais dor e sofrimento do que os problemas vivenciados anteriormente pela jovem e, ao contrário do esperado, não surtiu o efeito desejado em seu meio familiar e social.

Assim como Camila, Cristina se diz arrependida e faz uma comparação de sua vida com o mundo a seu redor. A jovem transpõe a tentativa de suicídio para uma ausência de bens financeiros e materiais e se apegua a essa ausência como única justificativa para o sofrimento, o que não é seu caso. Percebo que essa jovem não se permite sofrer ou ficar triste devido a suas condições financeiras, contudo talvez lhe falte mais do que isso, pois a vida é feita do convívio e da relação de afeto estabelecida com o outro.

[...] Acho que hoje eu não tenho coragem de fazer isso mais [...] não penso em fazer nada disso [...] eu tenho tudo, não tem precisão de fazer isso, tem gente pior do que eu, em situação

pior [...] tem gente passando mais dificuldade do que eu [...]
(Cristina)

Segundo Madeira (1993), a existência humana é permeada por momentos contraditórios. O arrependimento mostra-se como um arrebatamento do sujeito ao passado, em uma tentativa de reparar a falta cometida. É como um acerto de contas com o tempo. O sujeito deseja dar seguimento a um projeto existencial interrompido.

Ao tentar o suicídio, o adolescente interrompe seu projeto de vida, fecha-se às possibilidades do mundo e, dessa maneira, sofre mais do que estava sofrendo. O ato da tentativa de suicídio marca profundamente a história desses adolescentes. A dificuldade em assumir a tentativa de suicídio também pode ser encontrada na despersonalização de Franciele, quando utiliza como subterfúgio o “a gente”, ou seja, aquele que não é assumido por ninguém, como apontado anteriormente.

Durante as entrevistas, observei que as jovens se referiam à tentativa de suicídio como algo que ficou no passado, do qual não gostam de lembrar e dizem que o mesmo não faz mais parte de sua vida. Esse é o caso de Franciele. Hoje, a adolescente sequer se permite pensar no suicídio, buscando outras alternativas para lidar com os momentos de raiva e tristeza. Para Franciele, esse é o pior caminho a escolher pois, além de não resolver questão alguma, a tentativa de suicídio traz grande dor e sofrimento, deixando marcas em todas as pessoas que estão a seu redor. Fala da angústia que sentiu ao ver sua família sofrendo por sua atitude, ela se sente culpada, pois trouxe infelicidade a pessoas que lhe são caras.

[...] Não foi bom não, porque é muito difícil [...] a gente passa pela vida e a morte e não foi legal, não foi [...] O significado disso na minha vida foi péssimo, não gostei, arrependi e se for pra fazer isso de novo, não faço não, não vale a pena mesmo [...] a gente vê ali a família sofrendo [...] minha família ficou muito chateada [...] eu acho que não vale a pena, se a gente tá triste, com raiva, ou brigou com alguém, é pensar em outra coisa e não pensar em suicídio [...] e falando pro pessoal que se for pra olhar isso é melhor sair de casa, ficar uns tempos fora, esfriar a cabeça, melhor que fazer a tentativa de suicídio [...] Infelizmente a vida é assim a gente tem os altos e tem os baixos [...] quando eu tô triste não penso nisso mais, quando eu tô desesperada eu não penso [...] pra mim acabou, eu nunca mais na minha vida, não faço mesmo, porque o que a gente sofre [...] nem gosto de relembrar o passado mais [...]
(Franciele)

A postura assumida por Franciele é contraditória, a meu ver, pois a experiência do suicídio foi vivenciada por seu corpo, sendo intrínseca a sua existência e história de vida. O adolescente que tentou o suicídio ia das vezes não ser esquecido, pois segundo Capalbo (1987) *apud* Madeira (1993),

O tempo humano nada mais é do que a maneira humana de estar presente-ao-mundo. O presente é uma presença que engloba o passado e o futuro. Estar presente para o homem significa ser capaz de reter o passado, de reconhecê-lo como algo que esteve presente e, ao mesmo tempo ser capaz de projetar, antecipar um avenir a partir da presença, de fazer surgir os sentidos das ações e das coisas, ser abertura sobre o futuro (CAPALBO, 1987, p.81).

Dessa forma, por mais que a adolescente não goste de relembrar o passado, ele está incrustado em seu presente. Segundo Merleau-Ponty (1999), é por causa da existência desse vínculo com o passado que o presente transcende em direção a um futuro, dando sentido ao tempo:

Sou eu que dou sentido e um futuro à minha vida, mas isto não quer dizer que esse sentido e este futuro sejam concebidos, eles saem do meu presente e do meu passado e em particular de meu modo de co-existência no mundo (MERLEAU- PONTY, 1971, p.449).

Portanto, é por causa do sofrimento experienciado com a tentativa de suicídio no passado que a adolescente busca novas possibilidades de enfrentamento de seus problemas, delineando outro futuro, buscando ser mais do que é. A adolescente revê seu modo de agir e de ser, ao apontar a busca de alternativas para resolução de seus conflitos. Isso pode levar à transformação da realidade na qual está inserida. Para Merleau-Ponty (1999), o homem tem como tarefa a sua realização, um engajamento que o conduz a vir a ser, tornando-se um sujeito portador de sentido. Assim, Franciele compreende que é preciso buscar outro sentido para a vida quando as coisas não vão bem e sabe inclusive que essa é uma busca individual que precisa ser vivenciada por ela.

O jovem e o adolescente podem percorrer vários caminhos em sua existência, pois o mundo é rico de possibilidades, eles têm uma história a ser construída e um horizonte de conquistas. A liberdade do adolescente em tentar o auto-extermínio implica na responsabilidade por esse ato e por suas consequências. O jovem e o adolescente que optam pelo suicídio como seu caminho, correrão o risco de morrer, mesmo que esse não seja o objetivo a ser alcançado com a tentativa de suicídio. O arrependimento nem sempre poderá ser um sentimento

vivenciado pois, mesmo que não tenham a intenção de morrer, muitos dos jovens que tentam o suicídio podem evoluir para óbito .

Na fala de Mariana, fica claro que ela optou pelo caminho do suicídio como uma forma de mudar alguma coisa, de conseguir algo, mas isso não aconteceu. Correu o risco de ter morrido quando, na realidade, não era essa sua intenção. Existe, aqui, além de um sentimento de fracasso, a sensação de impotência, pois nem quando a adolescente ameaçou tirar sua vida, sair eternamente do convívio com os outros, conseguiu fazer com que as pessoas se comovessem ou se sentissem na obrigação de mudar a maneira de tratá-la. Durante a entrevista, no momento em que a adolescente relata sentir-se aliviada por não ter acontecido “algo pior”, ela sorri ironicamente, pois talvez o pior já tenha acontecido, a permanência de seu ambiente e de suas relações pessoais no mesmo estado em que estavam antes da tentativa de suicídio.

[...] No final eu arrependi de ter feito isso [...] ainda bem que não aconteceu, que nada de ruim aconteceu [...] Eu só queria um resultado [...] eu pensei que ia mudar alguma coisa, mas não mudou nada [...] **(Mariana)**

A atitude de Mariana é ambígua, já que vai ao encontro da morte, sem, com isso, querer ser arrebatada por ela. Na verdade deseja a “morte” de um mundo ou situação na qual não suporta mais viver. Apreendo, do discurso dessa adolescente, a ambiguidade existencial, descrita por Merleau-Ponty (1999). Esse filósofo diz que o homem é sempre um ser ambíguo, ele nunca está fechado em si mesmo e nunca é ultrapassado; ele se faz na existência concreta. O homem pode amar, odiar, ficar alegre ou triste. Sentimentos que podem abrir ou fechar o homem em seu existir para novas perspectivas existenciais (RIBEIRO, 2003).

O suicídio foi tratado, por todas as entrevistadas, como uma forma de mudar a vida em questão, a morte foi percebida como uma possibilidade de renascimento.

O suicida deseja ainda atacar seus objetos, pois estes não satisfizeram às suas necessidades, e um dos objetivos do ato é provocar remorso, culpa, ou ainda, se o indivíduo sobreviver, obrigar o objeto agredido e acusado a se submeter a seus desejos, controlando-o. É, portanto, um ato de chantagem (CASSORLA, 1998, p. 152).

A fala desse autor está ratificada no discurso de Mariana, quando a jovem diz que esperava mudar alguma coisa. Porém, as jovens verificaram que a tentativa de auto-extermínio não provocou o renascimento e sim trouxe mais dor a seu “ser” e

aos que estão a seu redor. Por ser um ato tão violento, o objeto atingido, ou seja, a sociedade e as pessoas que estão a seu redor podem também reagir agressivamente. É o que veremos na próxima subcategoria de análise.

4.2.2 O preconceito...

O preconceito esteve presente em apenas uma fala porém, devido a significância desse sentimento na vida da adolescente e a sua capacidade de influenciar comportamentos e escolhas, foi selecionado como uma subcategoria. Franciele coloca em seu depoimento que uma das consequências arcadas por ela, após a tentativa de suicídio, foi o preconceito.

[...] Às vezes, a gente até vê um preconceitozinho aí, porque comigo teve [...] arrumar serviço é muito difícil, depois que o pessoal ficou sabendo. Eu consegui esse aqui porque minha patroa confiou mesmo, graças a Deus confia muito em mim [...] a gente sofre mesmo, preconceitos, a gente vai arrumar um serviço aqui e ah não pode, aí joga na cara, dentro de casa briga com a família e aí tinha vez que jogava na minha cara. Então a gente fica assim muito pra baixo [...] **(Franciele)**

A fala da adolescente mostra o quanto foi difícil enfrentar a sociedade após a tentativa de suicídio. Ela, além de não conseguir transpor os problemas que a levaram a buscar o suicídio, ainda teve que conviver com a desconfiança, com o desprezo, com a exclusão e a punição das pessoas que estão a seu redor. Tais comportamentos fizeram com que a adolescente se sentisse profundamente triste, envergonhada, abandonada influenciando negativamente na sua recuperação.

O suicídio foi abordado de diversas maneiras ao longo da história, sendo moralmente aceito na Antiguidade e punido em determinadas sociedades. Santo Agostinho foi o grande divulgador do suicídio como ato imoral. Ainda hoje, em nossa sociedade, o ato suicida tem como característica a clandestinidade, pois se configura como uma transgressão das regras (SILVA, 2008).

Por associar-se à idéia de morte, é um grande tabu, em que as pessoas evitam pensar, de que evitam falar. O comportamento suicida é uma atitude extremamente agressiva. Essa agressão também é sentida pela sociedade como um

todo, o que explica por que o suicida comumente tem sido punido, seja por um olhar de desconfiança, ou por sua exclusão do convívio em sociedade.

Até os profissionais de saúde captam a agressividade do ato, não sendo incomum encontrar um tratamento diferenciado para os pacientes que tentaram o suicídio. A equipe de saúde trabalha para salvar vidas; assim, ao deparar-se com uma pessoa que não quer viver, os profissionais sentem-se frustrados e impotentes, dirigindo seus esforços para os pacientes que realmente queiram viver e não usam a morte para atacar o mundo (CASSORLA, 1998).

O jovem e o adolescente, ao tentar suicídio, mesmo que seja impulsivamente, passam a arcar com as consequências desse ato, buscando novos caminhos e tentando encontrar alternativas para refazer sua vida. Acredito que, ainda que o preconceito faça com que o adolescente se sinta pior do que estava antes de tentar o suicídio, funcionou como impulso motivador para a busca de outros caminhos. Esse novo trilhar será abordado na categoria de análise que se segue.

4.3 A reconstrução do caminho

Você não sabe o quanto eu caminhei pra chegar até aqui, percorri milhas e milhas antes de dormir (...) nas noites escuras de frio chorei (...), a vida ensina e o tempo traz o tom (...) com a fé do dia-a-dia encontro a solução.

(Toni Garrido)

Para reconstruir seu caminho após a tentativa de suicídio, os adolescentes e jovens passam por várias etapas nas quais refletem sobre sua atitude e buscam auxílio para trabalhar suas angústias, medos e frustrações. Reconhecem a impulsividade de seu ato e o sofrimento causado a si e às pessoas de seu convívio. Os problemas que levaram ao ato impulsivo permanecem, o ambiente não mudou, as pessoas não mudaram. Depois de tanto sofrimento, os adolescentes e jovens se abrem ao mundo, diferentemente da postura assumida previamente à tentativa de suicídio. Ao deixarem transparecer seus medos e fragilidades, permitem que os outros se aproximem deles e forneçam o apoio

necessário para o novo (re)começo. Buscam alternativas que os façam sentir completos; engajam-se na transformação de seu mundo e, por meio de seu corpo, estabelecem novas relações.

Essa categoria de análise representa a reconstrução do caminho desses adolescentes e jovens que tentaram o suicídio. A busca pela vida em seu sentido pleno é o objetivo a ser perseguido por cada um deles.

4.3.1 A busca pelo apoio profissional...

Os adolescentes e jovens, apesar de estarem no limiar da dor psíquica raramente procuram o apoio de um profissional de saúde. Assim, muitas tentativas de suicídio que poderiam ser evitadas são constantemente efetivadas. Segundo Resmini (2004), essa resistência pode estar relacionada às crenças desses sujeitos, que têm medo de ser tratados como doentes mentais ou, ainda, que os profissionais não guardem sigilo sobre o que contarem.

Durante as entrevistas, sempre tive preocupação de explicar aos sujeitos do estudo que as entrevistas permaneceriam em sigilo. Uma das jovens chegou a me questionar se os profissionais do Centro de Saúde ouviriam a entrevista. Senti, na fala da jovem, medo de que eu repassasse, para os profissionais, suas falas e sentimentos. Talvez pelo fato de se sentir estigmatizada, receia ser vista de uma maneira diferente pelas pessoas de seu relacionamento e por sua comunidade.

Os adolescentes acreditam que os outros prestem tanta atenção neles quanto eles próprios o fazem, sendo seus problemas os únicos e os mais importantes. Nessa crença, deduzem que ninguém, além deles próprios, é capaz de compreendê-los. Além disso, os profissionais de saúde são adultos, assim como seus pais com quem estão travando uma luta por autonomia (RESMINI, 2004).

Contudo, após a tentativa de auto-extermínio, os jovens e adolescentes são encaminhados aos serviços de saúde para acompanhamento terapêutico e, dessa maneira, podem descobrir, nesses profissionais, um novo ponto de apoio. Camila relata durante sua entrevista que é preciso procurar ajuda para aprender a lidar com o sofrimento.

[...] a gente precisa procurar ajuda [...] **(Camila)**

Na fala de Camila, fica evidente que a busca pelo apoio profissional é um passo para reconstruir a caminhada. O acompanhamento dos casos de tentativas de suicídio por profissionais de saúde é extremamente importante, uma vez que poderão auxiliar o jovem e o adolescente a refazer sua história, encontrar novos caminhos e evitar novas tentativas.

Segundo Horta (2007), o atendimento ao adolescente mostra-se como um desafio aos profissionais de saúde, devido às mudanças culturais, sociais e de valores vivenciadas na sociedade contemporânea. É nessa sociedade que o adolescente experiencia todas as transformações e conflitos decorrentes dessa fase de sua vida.

Trabalhar com adolescentes e jovens requer, dos profissionais de saúde, além de disposição e interesse, uma capacidade de escuta e diálogo. Porém, o que tenho observado em relação ao atendimento do adolescente é um descaso dos profissionais com essa população. Os profissionais de saúde não sabem o que fazer com esses adolescentes, postergando atividades com esse grupo, ou limitando-as aos aspectos reprodutivos dessa fase da vida.

Um estudo realizado por Ferrari *et al* (2008) demonstra que, em parte dos Centros de Saúde, os adolescentes recebem atendimento não de forma sistematizada, mas de acordo com a demanda do Serviço, pois existem outras prioridades. Os profissionais de saúde relataram não saber lidar com os adolescentes, considerando-os permissivos e mal-educados, impondo assim barreiras na relação e interação com esses jovens.

Dessa maneira, uma postura agressiva e dominadora por parte do profissional poderá afastar os adolescentes e os jovens dos serviços de saúde e conseqüentemente levar ao abandono do tratamento. O profissional de saúde deve ser capaz de proporcionar aos adolescentes um ambiente confortável e confiável, no qual se sintam acolhidos e à vontade para falar de seus planos, medos, angústias e desejos. Além disso, os adolescentes devem sentir-se protagonistas e responsáveis por seu cuidado, reconhecendo o profissional de saúde como um alicerce e não como uma pessoa detentora do saber e da verdade. Para Horta (2007), as atividades de promoção da saúde e a promoção da qualidade de vida são construídas em conjunto e não por um único sujeito.

Segundo Heidegger (2002a), existem duas maneiras de cuidar: uma delas é a de cuidar pelo outro, fazendo tudo pelo outro, não lhe dando escolhas, dominando-o manipulando-o. A outra maneira de cuidar é aquela em que permito ao outro se encontrar e assumir seus próprios caminhos, crescendo e amadurecendo. É como se um servisse de apoio para o outro; é fazer com o outro e não para o outro.

Os profissionais de saúde precisam estar abertos ao encontro com esse sujeito, abandonando seus preconceitos acerca do suicídio, deixando de relacioná-lo apenas à existência de um problema mental. É necessária uma inserção no mundo-vida desses jovens, uma aproximação que permita a criação de vínculos e um novo olhar sobre seus problemas. O tratamento deverá ser realizado com o adolescente e não pelo adolescente. Os jovens precisam tornar-se co-responsáveis por seu crescimento, pois assim não se sentirão dominados e terão os serviços de saúde como um ponto de apoio.

Políticas públicas voltadas para o atendimento dessa parcela da população, a inserção dos adolescentes nas agendas das Equipes de Saúde da Família, a capacitação dos profissionais de saúde e o estabelecimento de ações multiprofissionais e intersetoriais são estratégias fundamentais para uma atenção eficaz à saúde dos adolescentes e jovens e para o resgate dos mesmos para os serviços de saúde.

O envolvimento da família no tratamento desses jovens também é fator importante, pois o comportamento suicida em um adolescente é um problema a ser enfrentado pela família como um todo. A família precisa instrumentalizar-se para aprender a cuidar desse ser que se encontra em sofrimento, tendo papel fundamental na adesão ao acompanhamento terapêutico e na ampliação da auto-estima do jovem. Com isso, o jovem se sentirá mais seguro para enfrentar seus problemas e poderá ter, na família, um importante ancoradouro.

4.3.2 O apoio social...

Apoio social é entendido como qualquer auxílio oferecido por pessoas que se conhecem, resultando em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos.

Esse é um processo recíproco, gerando bem-estar para quem recebe e para quem oferece o apoio. O apoio social tem sido relacionado com o grau de saúde e bem-estar das pessoas. Pesquisas comprovam que, em momentos de estresse, o apoio social contribui para a manutenção da saúde (VALLA, 2000).

Existem diferenças entre apoio social e rede social, configurando-se esta última como uma dimensão estrutural ou institucional ligada a um indivíduo, como a vizinhança, as organizações religiosas, a escola, dentre outras (PEDRO; ROCHA E NASCIMENTO, 2008).

Segundo Andrade (2002), o apoio social fornecido pelas redes permite compartilhar informações e auxiliar uns aos outros em momentos de crise. O envolvimento da comunidade pode ser significativo para o aumento da confiança pessoal, ampliação da auto-estima e, conseqüentemente, disponibilidade para resolução dos problemas intrínsecos da vida.

Por meio de sua fala, Camila coloca que ainda hoje recebe conselhos de seus amigos para não pensar em auto-extermínio. O apoio dos vizinhos e colegas foi essencial para que essa jovem pudesse se sentir acolhida, fazer parte de um mundo no qual as pessoas se preocupam com ela. O fato de ter uma filha também fez com que a jovem repensasse suas atitudes, pois a mesma ficaria sem mãe, sozinha no mundo. A jovem hoje aconselha suas colegas a não tentarem o suicídio, mostrando que sempre há um outro caminho a seguir:

[...] Eu dou conselho pra minhas amigas não fazer isso [...] as pessoas me deu muito conselho que não era pra eu fazer isso mais [...] Tenho uma filha de cinco anos [...] eu ia deixar uma vida pra trás [...] As pessoas até hoje, vive assim me dá muito conselho para eu não fazer isso [...] **(Camila)**

Segundo Heidegger (2002a), vivemos em um mundo compartilhado pela pré-sença dos outros, pois a ausência só existe quando há o outro. Todo ser é ser-com-o-outro, e o “com” é uma determinação da presença, uma característica fundamental para o existir humano. “Na base desse ser no mundo compartilhado pelo “com”, o mundo é sempre o mundo compartilhado com os outros. O mundo da pré-sença é mundo compartilhado” (HEIDEGGER, 2002a, p.170).

A conjunção “com” significa junto, portando ser-com-os-outros permite que o ser humano se relacione, atue, pense, viva como o outro (HEIDEGGER, 2002a). Dessa maneira, é possível compreender a rede de apoio social como um espaço de compartilhamento, de relação, de cuidado e preocupação que, por meio

da interação da pré-presença de vários outros, promove o bem-estar e a qualidade de vida dessas jovens e adolescentes. Transforma significativamente o mundo, pois todos os “outros” são existência e, assim, a totalidade do mundo.

O primeiro grupo social ao qual o homem se vincula é a família, grupo social natural que, com sua organização e estrutura, qualifica e influencia as experiências de seus integrantes (GASPARI, 2002).

A família tem função fundamental na vida de qualquer ser-humano. É o eixo estruturante de nossa vida, é o primeiro contato com o ser-com-o-outro; é o espaço no qual se programam os comportamentos. Assume papel ímpar no desenvolvimento do adolescente e do jovem pois, mesmo que essa fase seja caracterizada por um afastamento do núcleo familiar, será nesse núcleo que os jovens buscarão seu ancoradouro e terão sua identidade definida.

A forte ligação entre os membros da família tem sido apontada como um fator protetor contra o suicídio. Famílias que permitem envolvimento recíproco entre seus membros, com possibilidade de diálogo, troca de afetos e confiança uns nos outros para o apoio emocional diante dos problemas inevitáveis da vida, dificilmente terão espaço para condutas auto-destrutivas (RESMINI, 2004).

Dessa forma, fica evidente, no discurso de Cristina, o apoio familiar como condição fundamental para vencer as dificuldades. A jovem sente-se apoiada, amada e querida por seus irmãos, enxergando-os como um porto, no qual, caso ela precise, poderá se ancorar.

[...] Eu tenho apoio dos meus irmãos que preocupam comigo, conversam [...] no que puder me ajudar, me ajudam [...]
(Cristina)

Para Franciele, a família também serviu como apoio no início da nova caminhada. A adolescente sente-se feliz, amparada por seus familiares, sente-se inserida na sociedade e por isso não vê o auto-extermínio como solução.

[...] Eu hoje sou feliz [...] tenho meu namorado, tenho meu emprego, tenho uma família feliz, tenho ótimos sobrinhos, então pra mim acabou e isso pra mim não existe mais [...]
agora eu sou feliz do jeito que eu sou [...] eu agora tô tranquila, nem penso pra mim não [...]
(Franciele)

A jovem ressalta em sua fala a importância que o emprego tem em sua vida. Entendo que o emprego faz com que Franciele se sinta aceita pelos outros, aceita pela sociedade, que deu uma oportunidade para que ela se mostrasse

enquanto alguém que busca um espaço no mundo. Fica claro como a rede social foi importante para sua recuperação e aumento da auto-estima. O trabalho para Franciele seria o voto de confiança para que ela recomeçasse sua jornada.

Para Botega (2006), ter uma ocupação, estar empregado, sentindo-se produtivo e socialmente mais integrado por meio de seu trabalho, é um fator protetor contra o suicídio.

Observo que, quando a família e a comunidade se dispõem a se envolver com seu jovem, tratando-o com amor, carinho e respeito, sua pré-sença torna-se imprescindível para o restabelecimento desse sujeito. A família e a comunidade devem estar junto com o jovem, numa relação envolvente e significativa na qual há uma preocupação para com o outro, consideração e paciência. Esse jovem sente-se protegido e cuidado. Dessa maneira, ser-no-mundo para ele deixa de ser uma relação de fracasso, pois o *“estar-só é um modo deficiente de ser-com”* (HEIDEGGER, 2002a p. 172).

Assim, concluo que a família e sociedade têm papel fundamental para o desenvolvimento e bem-estar de seus jovens, influenciando positivamente em seu comportamento, a partir do momento em que envolvem estes sujeitos no seu cotidiano, com respeito e consideração, deixando de tratá-los como sujeitos incompletos, pois ainda tem muito a construir. Atitudes inclusivas, estabelecimento de espaços de escuta e discussão sobre a adolescência e juventude, seus medos, frustrações, desejos e aspirações, servirão como proteção contra um comportamento auto-destrutivo, uma vez que qualquer risco poderá ser identificado previamente.

4.3.3 O filho como motivação existencial...

A maternidade foi vivenciada por duas jovens entrevistadas. Nos dois relatos, os filhos surgiram como o maior motivo para seguirem na vida. De acordo com Botega (2006), o apego aos filhos pequenos pode servir como fator protetor contra o suicídio, pois a maternidade gera nas mulheres o sentimento de serem necessárias a alguém.

Cristina afirma que hoje não tem coragem de tentar o suicídio, pois tem uma filha pequena que ficaria abandonada no mundo. Fala do medo de deixar sua filha com os outros e da mesma ser mal tratada e mal cuidada. Diz ainda não ter motivo para pensar em suicídio, pois sua filha é perfeita, não passa por dificuldades materiais, nem sofre com nenhuma doença.

[...] Eu não tenho coragem de fazer mais não, porque eu penso em minha filha [...] hoje eu penso em minha filha, o resto [...] na época ela não tava nem com um ano, estava amamentando ainda, hoje eu não faço isso mais não [...] deixar na mão dos outros sofrendo, é muito triste, menino ficar jogado na mão dos outros [...] minha filha é perfeita, tem gente que tem filha com deficiência e ela é normal, e não penso em fazer nada disso [...] graças a Deus não falta nada pra minha filha [...] coisa que eu nunca tive ela tem [...] aí hoje eu não faço isso mais não [...] **(Cristina)**

Observo que Cristina vê sua filha como uma extensão de seu corpo, pensar na filha sofrendo, abandonada em meio a outras pessoas, sem o carinho e amor de mãe fez com que ela revisse sua postura diante do mundo.

Para Merleau-Ponty (1999), o corpo estabelece com o mundo uma relação de reciprocidade. Assim, ao sentir que sua filha é saudável, perfeita e não passa por dificuldades, a mãe entrevistada transfere para si o vivido por sua filha, sentindo-se então completa.

Durante a entrevista, observei, nas duas jovens, que vivenciam a maternidade, um grande sentimento de culpa por terem tentado o suicídio, mesmo tendo, sob sua responsabilidade, uma segunda vida. No momento em que relatavam a existência de um filho em suas vidas, a cabeça permanecia baixa e o tom da voz diminuía gradativamente, até chegarmos ao silêncio. Camila, em apenas um curto trecho, fala:

[...] Tenho uma filha de cinco anos [...] eu ia deixar uma vida pra trás [...] **(Camila)**

Conforme Heidegger (2002b), é possível estar em débito com alguém, sem que se seja responsável por isso. Ao sentirem-se responsáveis pelo sofrimento que sua ausência poderia gerar em seus filhos, as jovens determinam o comportamento de “se fazerem culpadas”, “tornam-se culpadas em relação a outros”, ou seja, sentem culpa pelo que não aconteceu, mas que poderia ter acontecido, caso o suicídio se consumasse.

É comum pessoas que tentaram o suicídio afirmarem que não o fariam novamente devido ao sofrimento causado às pessoas ao seu redor. Mesmo que estejam experimentando um grande sofrimento, a idéia de magoar pessoas que emocionalmente dependem de seu bem-estar, torna-se insuportável. *“A dor psíquica é mais bem enfrentada quando o indivíduo se sente valioso para outros que necessitem deles”* (RESMINI, 2004, p. 76).

Os filhos, portanto, configuram-se como uma proteção contra os sentimentos destrutivos, e por eles o ser humano é capaz de suportar grandes sofrimentos e desafios. Mesmo que a dor seja grande, o jovem que vivencia a maternidade lançará mão de outros artifícios para superar seus problemas, seja pelo maior envolvimento com a família, pelo apoio da rede social ou pela busca de um Ser maior, que tudo pode transformar e curar, Deus.

4.3.4 O apoio espiritual...

O encontro com Deus e a busca pelo apoio espiritual foi citado por uma adolescente como uma maneira de acreditar novamente na vida. Para a adolescente, a vida é um dom divino, portanto, somente Deus, esse Ser superior que tudo pode e transforma, tem o direito de tirá-la.

[...] Eu acho que a vida quem colocou foi Deus, quem deve tirar é Deus, então não existe mais essas coisas de fazer suicídio [...] eu rezei bastante [...] **(Franciele)**

A grande maioria das religiões condena o suicídio, por considerar a vida humana uma dádiva do Criador e somente a Ele se concede o poder de dar e tirar a vida. A tentativa de suicídio é vista como uma tentativa do homem de se igualar a Deus. Além disso, as organizações religiosas podem contribuir para a diminuição do desconforto gerado nos indivíduos pelo sentimento de não-pertença. Grande parte das religiões trabalha com modelos de integração social, ampliando o sentimento de utilidade dos sujeitos (RESMINI, 2004).

O primeiro estudioso (filósofo) a relacionar religião e suicídio foi Emile Durkheim, quando comparou taxas de suicídio em diversos países relacionando-as à religião predominante em cada um deles (NETO; ALMEIDA, 2004).

Stack (1983a) *apud* Neto e Almeida (2004) apontou alguns fatores intrínsecos às religiões que serviriam como proteção contra o suicídio: crer na vida após a morte e em um Deus amoroso; proporcionar objetivos à vida e auto-estima, fornecendo modelos de enfrentamento de crises; dar significado às dificuldades da vida; oferecer uma hierarquia social (que muitas vezes difere da hierarquia socio-econômica da sociedade) e desaprovar enfaticamente o suicídio.

Observa-se, hoje em dia, o aumento do número de seitas religiosas e o envolvimento principalmente da juventude com as mesmas. Os jovens inseridos nesse contexto realizam trabalhos sociais, envolvem-se com problemas dos outros e, assim, refletem sobre seus próprios problemas. Além disso, as religiões funcionam como um apoio, estando seus representantes abertos à escuta e ao auxílio do próximo. Os jovens e adolescentes podem encontrar, nesse espaço, apoio para a resolução de seus conflitos, diminuindo a possibilidade de atentarem contra a própria vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O suicídio foi um tema que sempre trouxe muita inquietação para minha vida profissional e pessoal, pois era um ato ambíguo em relação à formação que havia recebido na Universidade. Com tantas pessoas lutando contra doenças incuráveis, sofrendo pela fragilidade de seu estado de saúde, por que outras procuravam a morte, quando aparentemente não tinham problema algum? Quando me deparei com o suicídio entre adolescentes e jovens essa inquietação ficou ainda forte, pois para mim essa era uma fase de descobertas, em que um porvir cheio de ideais e realizações abriam-se diariamente em meus horizontes.

Ao optar por desvelar o suicídio entre jovens e adolescentes, precisei primeiramente transpor as barreiras do preconceito e do constrangimento observadas nas feições das pessoas ao ouvir minhas considerações sobre o assunto. Foi preciso também deixar de lado meus próprios preconceitos e julgamentos, pois só assim estaria verdadeiramente aberta ao vivido pelo outro e poderia compreender o fenômeno suicídio em sua essência.

Para compreender o sentimento humano foi preciso apoiar-me em uma abordagem metodológica que me permitisse ir além daquilo que seria dito pelo sujeito, desocultar e desvelar significados. Dessa maneira, a fenomenologia mostrou-se essencial para que eu conseguisse atingir meus objetivos e compreender assim o significado da tentativa de suicídio na vida dos jovens e adolescentes. Além disso, a escolha dessa abordagem mudou minha maneira de ver o outro e o mundo, trazendo crescimento pessoal e para minhas atividades como pesquisadora.

O encontro com as jovens e adolescentes que tentaram suicídio foi um momento de grande apreensão e ansiedade. Contudo, apesar dos momentos de tristeza e angústia manifestados pelas entrevistadas observei o desejo das mesmas de se fazerem ouvidas, o que fez com que esses encontros se transformassem em fonte de aprendizado. Assim, pude me inserir em suas histórias, tirar o véu que as encobria e ver além daquilo que era relatado, compreender o não dito.

Compreendi que a decisão de tirar a própria vida foi sempre precedida de sofrimento ou de problemas que não foram bem conduzidos. A tentativa de suicídio foi um ato de desespero, em um momento em que a desesperança predominava na

vida do jovem. As adolescentes e jovens tentaram, por meio de seu corpo, comunicar que algo não ia bem, utilizaram a ação em detrimento da palavra. O suicídio mostrou-se como um caminho no qual o destino final seria o cessar das angústias e inquietações, porém, em todos os casos, surgiu como um ato impulsivo.

Por ser um ato impulsivo, a tentativa de auto-extermínio provocou um profundo arrependimento nas adolescentes, pois as consequências desse ato foram em sua grande maioria negativas. Observei que o suicídio também foi usado como uma forma de manipular, mudar algo que não ia bem. Porém, o que concluo é que esse pode não ter transformado positivamente o ambiente em que as jovens estão inseridas, nem o relacionamento das mesmas com familiares, amigos e sociedade. Pelo contrário, a agressividade com que esse ato é encarado pela sociedade, faz com que a mesma também tenha atitudes agressivas em relação a essa jovem, excluindo-a e condenando-a.

A desestruturação familiar mostrou-se como fator importante na decisão da jovem em tirar sua própria vida. Devido às transformações ocorridas na adolescência, a jovem passa por inúmeros conflitos, tem uma grande instabilidade emocional e, apesar de se afastar do núcleo familiar, tem no mesmo um ancoradouro, um porto seguro. Há uma necessidade, por parte dessas jovens, de se sentirem aceitas, elas precisam sentir-se queridas, amadas e ouvidas. Portanto, corroborando com outros estudos, concluo que a família exerce papel fundamental na prevenção do comportamento auto-destrutivo do adolescente.

A importância do apoio social é outro dado que destaco neste estudo, pois mostrou-se como fator preponderante para a (re)construção do caminho dessas jovens. O sentimento de pertença a um grupo, o sentir-se querido, valorizado, útil e essencial na vida de outrem, foi essencial para a recuperação da auto-estima e da vitalidade das adolescentes e jovens. Aqui compreendi a idéia de Heidegger, em que o estar sozinho é um modo deficiente de ser-com. Todo ser está no mundo com o outro e precisa desse outro para continuar sendo.

Na região estudada, observo a ociosidade dos adolescentes e jovens, há poucos espaços de lazer, poucas atividades culturais e profissionalizantes. O jovem, muitas vezes, tem perspectiva de vida limitada, o que pode trazer uma imensa angústia para o seu dia a dia, pois se a adolescência e a juventude são fases onde há um horizonte de porvir, o que fazer quando esse horizonte se encontra limitado?

Após a compreensão do significado do suicídio na vida dessas jovens e adolescentes, entendo ser indispensável a realização de atividades intersetoriais que possibilitem o envolvimento não só das pessoas da comunidade, mas também das empresas que nela atuam e dos gestores municipais. Ampliar as possibilidades de lazer e cultura, o acesso ao ensino profissionalizante e ao mercado de trabalho são ações importantes que poderão fazer com que essas jovens se sintam valorizados.

A escola é um espaço de encontro de jovens e adolescentes, mostrando-se como local ideal para atividades preventivas contra o suicídio. A capacitação dos professores para identificar comportamentos de risco para o suicídio, além da realização de grupos de adolescentes e sensibilização dos pais, são estratégias que poderão ser traçadas e implementadas pela Equipe de Saúde da Família.

Ressalto, neste estudo, a importância do apoio profissional para a recuperação dos jovens e adolescentes. Os profissionais de saúde precisam se dispor a compartilhar o universo do adolescente, compreender seus medos, anseios, desejos, estarem abertos às indagações e à postura questionadora característica desse sujeito. O profissional de saúde deve ir ao encontro dessa população, resgatá-la para os serviços de saúde, desenvolvendo ações de prevenção ao suicídio. Assim, desejo que este trabalho sirva de reflexão para os profissionais de saúde que atuam em Senhora do Carmo e que os adolescentes e jovens sejam incluídos na agenda de trabalho da ESF.

Espero que os profissionais de saúde, independente de seu local de trabalho, deixem de enxergar os adolescentes como um problema, encontrando novas possibilidades de atuação que auxiliem esses jovens a transpor os obstáculos encontrados em seu desenvolvimento. Ressalto a importância de resgatar, para esses jovens, a perspectiva de solução de seus problemas. É preciso mudar nossa maneira de entender os adolescentes, dar voz a esses sujeitos, ir além e desvelar seus medos e angústias, torná-los conscientes das consequências de seus atos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. *A adolescência normal*. 10ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

ALMEIDA, A. M.; NETO, L. F. Religião e comportamento suicida. MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. *Suicídio estudos fundamentais*. 1. ed. São Paulo: Segmento Farma, 2004. 220 p. p. 53-60.

ANDRADE, G. R. B. de; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002

AVANCI, R.C. *O adolescente que tenta suicídio: estudo epidemiológico em uma unidade de emergência*. Tese de Mestrado. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2004.

AYRES, R. C. M. HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes: vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. São Paulo: Casa de Edição, 1996. *apud* RAMOS, F. G. S; PEREIRA, S. M; ROCHA, C. R. M. Viver e adolescer com qualidade. *Rev. Adolesc.* p.19-33, 2007 Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/revista/cap4.4.html>>. Acesso em: 10 mar. 2008.

BEIRÃO, M. M. V. *et al.* Adolescência. In: ALVES, C. R. L.; VIANA, M. R. A. (Org.). *Saúde da Família: cuidando de crianças e adolescentes*. Belo Horizonte: COOPMED, 2006. p. 109-134.

BENINCASA, M; REZENDE, M.M. Tristeza e suicídio entre adolescentes: fatores de risco e proteção. *Boletim de Psicologia*, São Paulo, v.51. n.124, p. 93-110, 2006.

BICUDO, M. V.; ESPÓSITO, V. H. C. *Pesquisa qualitativa em educação*. Piracicaba: Unimep, 1994.

BOTEGA, N. J.; *et al.* Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. 213-220, set./dez., 2006.

BOTEGA, N. J. ; FREITAS, G. V. S. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev. Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v.48, n.3, p. 245-249, 2002.

BOUCHARD, G. *Le Suicide À L'adolescence*. *Psychomédia*. Disponível em: <<http://www.psychomedia.qc.ca/dart7.htm>>. Acesso em: 12 nov. 2007.

BRACONNIER; MARCELLI. *Manual de psicopatologia do adolescente*. Trad. A. E. Filman. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989 [1984] *apud* TEIXEIRA, C. M. F. S.; A

escola como espaço de prevenção ao suicídio de adolescentes: relato de experiência. *Rev. Inter-ação*, Goiânia, v. 37, n.1, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Normas de Atenção Integral ao Adolescente*. Brasília, Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde do adolescente*. Brasília, Ministério da Saúde, Disponível em: <www.saude.gov.br/adolescente> Acesso em: 15 jun. 2008.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n.196/96, de 10 de outubro de 1996 *sobre as diretrizes de normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 24 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental. *Portaria n 2.542 GM* de 22 de dezembro de 2005. Brasília, Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <www.saude.gov.br > Acesso em: 02 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental. *Portaria n 1876 GM* de 14 de agosto de 2006. Brasília, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br > Acesso em: 14 nov. 2008.

BRASIL. *Sistema de Informação em Mortalidade*. Brasília, Ministério da Saúde,. Disponível em: <www.datasus.gov.br > Acesso em: 18 set. 2009.

CAPALBO, C. Abordando a enfermagem a partir da fenomenologia. *Rev. Enfermagem UERJ*; v.2, n.1 p. 70-76, mai., 1994.

CARVALHO, M. D .B; VALLE, E.R.M. A pesquisa fenomenológica e a enfermagem. *Rev. Acta Scientiarum*, Maringá, v. 24, n. 3, p. 843-847, 2002.

CASSORLA, R. M .S; SMEKE, E.L.M. Auto-destruição humana. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.10, supl.1, p. 61-73, 1994.

CASSORLA, R. M. S. *Do suicídio: estudos brasileiros*. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1998 232 p.

CASSORLA, R. M. S. *O que é suicídio*. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 2005. 119p

CEPAL y OU. La Juventude em Iberoamerica. Tendências y urgências: Santiago. 2004 *apud* FREITAS, M. V.; *Juventude e adolescência no Brasil: diferenças conceituais*. 1. ed. São Paulo: Ação educativa, 2005. 40 p.

CLERGET, S. *Adelescência: a crise necessária*. 1. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2004. 261 p.

CORRÊA, H; BARRERO, S. P. *Suicídio uma morte evitável*. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. 250 p.

DARTIGUES, A. *O que é fenomenologia?* 7. ed. São Paulo: Centauro, 2000. 172p.

DAYRELL, J. A escola "faz" as juventudes? Reflexões em torno da socialização juvenil. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 28, n. 100, out., 2007.

DELGADO, J. A. Que é o "ser da família"? *Rev. Texto Contexto – enfermagem*, Florianópolis, v.14, n.esp, p. 86-94, 2005.

DHAWAN, A.; BALHARA, Y. P. S.; NATASHA, M. Adolescent substance abuse and suicide. *J. Indian Assoc. Child Adolesc. Ment. Health*. New Delhi, v.2, n.3, p. 34-42, 2007.

ESSLINGER, I.; KOVÁCS, M. J. . *Adolescência: vida ou morte?* São Paulo: Ática, 2006. v. 1. 96 p.

FEIJÓ, R.B; OLIVEIRA, E.A.; Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro, v. 77, Supl.2, p. 125-133, 2001.

FENSTERSEIFER, L.; WERLANG, B. S. G. Comportamentos autodestrutivos, subprodutos da pós-modernidade. *Rev. Psicol. Argum*. Curitiba, v. 24, n. 47, p. 35-44, out./dez., 2006.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. *Rev Interface Botucatu*. vol.12, n.25 2008.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2008.

FONTENELLE, P. *Suicídio: o futuro interrompido*. 1. ed. São Paulo: Geração editorial, 2008. 260 p.

FREITAS, M. V.; *Juventude e adolescência no Brasil: diferenças conceituais*. 1. ed. São Paulo: Ação educativa, 2005. 40 p.

GASPARI, V. P. P. *Rede de apoio social e tentativa de suicídio*. 2002. 129 f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2002.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; JORGE, M. H. P. M; KOIZUMI, M. S. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 50, n.1, p. 97-103, 2004.

GOLDENSTEIN, E. *Adolescência: a idade da razão e da contestação*. 3. ed. São Paulo: Gente, 1995, 100 p.

GÜNTHER, I. A. Adolescência e projeto de vida. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, p.86-92, 1999.

HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. Parte a.12. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 1325p.

HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. Parte b.12. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 1325p.

HORTA, N. C. *O significado do atendimento ao adolescente na atenção básica: uma análise compreensiva*. 2007. 148f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

INFANTE, D. P. O suicídio na adolescência. In: SAITO, M, I.; SILVA, L, M, V.; LEAL, M, M. *Adolescência: prevenção e risco*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2008 p. 535-539.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA (IBGE) – Censo populacional 2000. Disponível em: <www.ibge.gov.br/censo2000>. Acesso em: 15 MAI. 2008

LEON, O. D; Adolescência e juventude: das noções às abordagens. In: FREITAS, M. V.; *Juventude e adolescência no Brasil: diferenças conceituais*. 1. ed. São Paulo: Ação educativa, 2005, p. 9 -18.

LOPES, R. V.; MACHADO, R.T.; *Aspectos gerais do município de Itabira*. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG, 2005, 13 f. Mimeografado.

MADEIRA, A. M. F. *Compreendendo o abandono da consulta de enfermagem a partir da fenomenologia existencial de Maurice Merleau-Ponty*, 204f. Dissertação Mestrado – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

MANDÚ, E. N. T.; PAIVA, M. S. Consulta de enfermagem a adolescentes. In: RAMOS, F. R. S. (org.). *Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro*. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000. p.131-139.

MARTINS, J., BICUDO, M. A. V. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Moraes, 1989.

MARTINS, J., BOEMER, M. R., FERRAZ, C. A. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. *Rev. da Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 139-147, abr., 1990.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. *Análise da situação de saúde de Minas Gerais – 2002 a 2004*. Disponível em: <www.saude.mg.gov.br>. Acesso em: 01 nov. 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. *Análise da situação de saúde de Minas Gerais – 2006*. Disponível em: <www.saude.mg.gov.br>. Acesso em: 02 out. 2008.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. 6 ed. São Paulo: Hucitec- Abrasco, 2006. 406 p.

MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. *Suicídio estudos fundamentais*. 1. ed. São Paulo: Segmento Farma, 2004. 220 p.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 662p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Prevenção do suicídio: manual para professores e educadores*. Genebra, 2000.

PARIZOTTO, P. A. V.; TONELLI, M. J. F.; Juventude: desafiando a definição predominante através dos tempos. *Rev. Psicologia e Argumento*. v.23, n. 41, abr./jun., 2005. Disponível em: <www.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=190&dd99=view>. Acesso em: 10 out. 2009.

PEDRO, I. C. S.; ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C.; Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. (Ribeirão Preto), v. 16, n.2, p. 324-327, 2008.

PEREIRA, S. M. Depressão e suicídio na adolescência. *Rev. Adolescer*, p. 121-128, 2007 Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/revista/cap4.4.html>>. Acesso em: 10 nov. 2007.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. T.; *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*, 5.ed. São Paulo: Artmed, 2005, 488 p.

RAMOS, F. G. S; PEREIRA, S. M; ROCHA, C. R. M. Viver e adolescer com qualidade. *Rev. Adolescer*. p.19-33, 2007 Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/revista/cap4.4.html>>. Acesso em: 10 mar. 2008.

RESMINI, E. *Tentativa de suicídio: um prisma para a compreensão da adolescência*. 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. 146 p.

RIBEIRO, J. J. *Introdução à fenomenologia*. 1 ed. Campinas: Edcamp, 2003. 67 p.

SAMPAIO, M. A.; BOEMER, M. R.; Suicídio – um ensaio em busca do desvelamento do tema. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 325-331, dez. 2000.

SANTANA, J. A.; Contribuições da literatura do devaneio para o conceito de juventude *Rev. Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 6, n. 1, jun., 2004. Disponível em: <www.proec.ufg.br>. Acesso em: 23 set. 2009.

SILBER, T. J.; SOUZA, R. P. Uso e abuso de drogas na adolescência: o que se deve saber e o que se pode fazer. *Adolescencia latino americana*, Buenos Ayres, v.3, n.1, p. 148-162, 1998.

SILVA, M. M. *As representações sociais do suicidado na trama da comunicação*. Tese de Mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 1997.

SILVA, V. P.; BOEMER, M. R. O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. *Rev. Eletrônica de Enfermagem*: Goiânia, v. 6, n. 2, p. 143-152, 2004. Disponível em: <www.fen.ufg.br>. Acesso em: 20 out. 2008.

SILVA E. L.; MENEZES E. M. *Metodologia da Pesquisa e Elaboração de dissertação*. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção Laboratório de Ensino a Distância. 3. ed. Florianópolis: UFSC, 2001.

SERFATY, E. Suicídio en la adolescencia. *Adolescencia Latino-americana*, Buenos Ayres, v. 1, n. 2, p. 105-110, 1998.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. O impacto do suicídio sobre o perfil de morbi-mortalidade da população de Itabira-MG. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, 2006.

TEIXEIRA, C. M. F. S. - Tentativa de suicídio na adolescência - *Rev. Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, Vol. 6, No. 1, jun 2004 on line. Disponível em: <www.fen.ufg.br> Acesso em: 25 abr. 2008.

TEIXEIRA, C. M. F. S.; A escola como espaço de prevenção ao suicídio de adolescentes: relato de experiência. *Rev. Inter-ação*, Goiânia, v. 37, n.1, 2002.

TERRA, G. M.; *et al.* Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem . *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, p. 672-678, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S.; *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

TRAVERSO-YEPEZ, M. T.; PINHEIRO, V. S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Psicologia & Sociedade*; v.14, n.2, p. 133-147; jul./dez. 2002.

VALLA, V. V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.4, n.7, p.37-56, 2000.

WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. *Comportamento suicida*. 1.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 209 p.

WERLANG, B. S. G.; ASNIS, N. Perspectiva histórico-religiosa. In: WERLANG, B.G; BOTEGA, N.J. *Comportamento suicida*. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 209 p.

WEINER, I. B. *Perturbações psicológicas na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1995. 522 p.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Responsável pelo Adolescente

Título: Tentativa de auto-extermínio entre jovens e adolescentes: compreendendo o fenômeno

Seu (a) filho (a) está sendo convidado (a) para participar desta pesquisa, que tem como objetivo compreender a tentativa de auto-extermínio entre jovens e adolescentes. A pesquisa será realizada por mim, Liliane de Lourdes Teixeira Silva, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da UFMG. A pesquisadora Dra. Anézia Moreira Faria Madeira do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública/UFMG, também é responsável por esta pesquisa.

O suicídio tem sido pouco estudado pela sociedade. Com a pesquisa espero conseguir compreender este fenômeno e oferecer caminhos para que os profissionais de saúde saibam atuar na prevenção do auto-extermínio entre jovens e adolescentes.

A participação do (a) seu (a) filho (a), ou adolescente que se encontra sobre sua responsabilidade jurídica, é muito importante e totalmente voluntária e acontecerá através de uma entrevista. Afirmo que todas as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa e não sendo revelado o nome e informações pessoais dos participantes, além de reservar-lhes o direito de interromper sua contribuição no trabalho a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

CONSENTIMENTO:

Eu li e entendi este Termo, tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas com a pesquisadora e concordo em participar da pesquisa.

Nome do entrevistado: (a), _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Pesquisadora: Liliane de Lourdes Teixeira Silva
Endereço: Rua Guajajaras, 329/1201, bloco B – Centro
Belo Horizonte/MG – CEP: 30180-100, Tel: (0XX31) 3222-4497, (0XX31) 9823-8675.

Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) – UFMG
Tel: (31) 3499-4592

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Adolescente

Título: Tentativa de auto-extermínio entre jovens e adolescentes: compreendendo o fenômeno.

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “Tentativa de auto-extermínio entre jovens e adolescentes: compreendendo o fenômeno.”, que tem por objetivo compreender o significado da tentativa de auto-extermínio entre jovens e adolescentes.

A pesquisa é realizada por mim, Liliane de Lourdes Teixeira Silva, enfermeira e aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Sua colaboração é voluntária e consiste em responder, em entrevista gravada, a seguinte questão: “O que foi, para você, a tentativa de suicídio?”.

Ressalto que seu nome e informações pessoais não serão revelados, respeitando suas informações e privacidade, além da utilização dos resultados da pesquisa, exclusivamente para fins científicos, visando à melhoria do atendimento a adolescentes.

Sua colaboração é importante e necessária para o andamento da pesquisa, mas é livre sua participação.

Caso concorde em participar, em qualquer momento você poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como sair da mesma e não permitir a utilização de suas informações, sem que haja nenhum prejuízo para você.

CONSENTIMENTO:

Eu, como entrevistado (a), afirmo que fui devidamente orientado (a) sobre o objetivo e a finalidade da pesquisa, bem como da utilização das informações exclusivamente para fins científicos e sua divulgação posterior, sendo que meu nome será mantido em sigilo.

Nome do entrevistado (a):

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Pesquisadora: Liliane de Lourdes Teixeira Silva
Endereço: Rua Guajajaras, 329/1201, bloco B – Centro
Belo Horizonte/MG – CEP: 30180-100, Tel: (0XX31) 3222-4497, (0XX31) 9823-8675.

Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) – UFMG
Tel: (31) 3499-4592

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

APÊNDICE C – Entrevista 1

S.R.P – 22 anos

Nome Fictício da Entrevistada – Camila

O que foi, para você a tentativa de suicídio?

Significou que não vale a pena (1), a gente às vezes fica com a cabeça quente, vai e faz (2), mas depois se arrepende (1) entendeu? Que a gente passa por muita dificuldade, mas por mais que ela seja difícil (1), a gente consegue superar elas e num é tomando veneno pra morrer que a gente vai conseguir vencer na vida (1). *Camila abaixa a voz e diz: é isso que eu tenho pra falar. Eu permaneço em silêncio e ela continua: **E falo que assim, que não vale a pena ninguém fazer isso, entendeu, que é uma coisa que não vale a pena mesmo (1).** A gente tem que procurar ajuda entendeu (3), hoje assim eu dou conselho pra minhas amigas não fazer isso (4), que não vale a pena, só isso não tem mais nada. Pergunto a ela se tem mais alguma coisa que ela queira falar e ela responde: sou ruim demais pra falar, é só isso. Digo a Camila para ficar a vontade, pois temos todo tempo do mundo ela diz: Ah não.....silêncio, só isso mesmo. Eu pergunto só isso ela diz: só, quando eu fazia psicóloga não conseguia falar com ela, é difícil.... Silêncio, ah só isso mesmo. Eu sou difícil minha filha, até na escola eu pra mim ler, perguntar uns negocio, nó é uma dificuldade danada que eu tenho, eu não consigo falar quase nada. Perguntei a jovem se ela tinha dificuldade pra falar, de colocar o sentimento pra fora e ela respondeu: às vezes tem porque quando eu fazia psicóloga eu parei, eu desisti, acho que ela ficava meio perguntando demais e eu ficava só chorando também, aí parei de ir também, aí não voltei lá mais, acho que tenho muita dificuldade, na escola eu tenho grande dificuldade. O professor pergunta um negócio e eu não respondo, eu não gosto de, sei lá, tá pra sair mais eu não consigo falar, é complicado. Só isso mesmo? Eu devolvo a pergunta: *Tem mais alguma coisa, você quer me falar mais alguma coisa do que foi isso, ou você acha que já falou tudo?* “Ah também que **quando eu tomei remédio, aí depois que eu tomei eu fiquei muito arrependida (1), eu tenho uma filhinha de 5 anos entendeu (4), as pessoas me deu muito conselho que não era pra eu poder fazer isso mais (4),** porque eu teria que cuidar da minha filha, quem que ia cuidar dela pra mim, que **eu ia deixar uma vida pra trás (4) entendeu? As pessoas até hoje vive, assim me dá muito conselho pra eu não fazer isso (4),** que não vale a pena. E só isso....*

*Silêncio. Pergunto se podemos encerrar e ela diz que sim pois não consegue falar muito. Continuamos em silêncio e de repente Camila começa a falar novamente, ligo o gravador: **Por mim, pela minha mãe eu tinha morrido entendeu, porque ela falou pra mim que ela não tinha mandado ninguém tomar remédio (5),** aí tinha um trabalhador aqui que me levou até lá em baixo e a ambulância me levou. Aí eu fui pro Pronto-Socorro, fizeram lavagem, eu voltei. Assim, agora **ela é muito nervosa (5)** aí ela xinga e eu saio pra lá entendeu, não vou competir com ela, deixo ela falando sozinha com ela, faço as minhas obrigações, deixo assim, não olho muito conversa fiada dos outros entendeu, não gosto muito de fofoca, fico mais na minha, que é muito difícil né. **Qualquer um fica de cabeça quente por qualquer coisa, mas tem que tentar segurar e vencer. Não é tomando remédio, veneno que vai conseguir, conseguir sair das dificuldades.***

APÊNDICE D – Entrevista 2

I.A – 22 anos

Nome Fictício da Entrevistada – Cristina

O que foi para você a tentativa de suicídio?

Ah até hoje eu acho que os outros olham pra mim, acho que os outros está rindo de mim, que ninguém gosta de mim (1)....*silêncio*aí dá vontade de ficar no meu canto sozinha, num ver ninguém. (1) Ah hoje eu num tenho coragem de fazer mais não porque eu penso em minha filha (5) né, no dia que eu fiz eu não pensei não (4)....*silêncio* Acho que hoje eu não tenho coragem de fazer isso mais (3) não .*silêncio*... Eu tenho que falar mais coisa? *Respondi a jovem que ela o que era quisesse falar, sobre o significado da tentativa.* Ah eu acho que é muito doloroso enfiar aquela sonda no nariz da gente, nó quase morri, nunca mais. Tenho coragem de fazer isso mais não, hoje eu penso em minha filha, o resto (5)!! Na época ela num tava nem com um ano, estava mamando ainda, hoje eu não faço isso mais não (5). Se tiver pensando também tem que pensar três vezes antes de fazer (4), deixar na mão dos outros sofrendo, é muito triste menino ficar jogado na mão dos outros.(5) Aí hoje eu não faço mais não. Eu tenho apoio dos meus irmãos que preocupa comigo, conversa. (2) Eu tenho tudo, não tem precisão de fazer isso, tem gente pior do que eu, em situação pior (3)....*Silêncio*... Graças a Deus não falta nada pra minha filha (5), igual eles falou, no que puder me ajudar me ajuda (2). Coisa que eu nunca tive ela tem (5). ...*Silêncio*... Ai hoje eu não faço isso mais não (5). A gente pra ir tem que pensar mesmo. Pensar nas coisas que eu tenho, outras pessoas não tem, (4) tem gente passando mais dificuldade do que eu (3), minha filha é perfeita, tem gente que tem filha aí com deficiência e ela é normal (5), e não penso em fazer nada disso (3). Saudável com saúde graças a Deus. Pode passar outras perguntas se você quiser. *Respondi a Cristina que era uma única pergunta e que ela falaria o que quisesse me falar.* Tem horas que os outros, tem sei lá, os outros tá conversando, tá olhando pra mim e eu acho que tá rindo de mim (1) esquisito né? Acho que ninguém gosta de mim, fico com esse trem na cabeça”. *Perguntei porque ela fica com isso na cabeça.* Sei lá, acho que quando os outros tá olhando, tá olhando e rindo de mim, tá falando mal de mim, ponho um negócio na cabeça. Agora eu não quero falar mais não. Posso parar?
Assim encerramos a entrevista.

APÊNDICE E – Entrevista 3

G.F.D – 16 anos

Nome Fictício da Entrevistada – Franciele

O que foi para você a tentativa de suicídio?

É, pra mim foi assim, uma coisa de momentos né, que não vinha mais nada na cabeça, só vinha a tentativa de suicídio (1), cê entendeu? E não foi bom não, porque é muito difícil (2), a gente vê ali a família sofrendo (2), cê entendeu? A gente passa pela vida e a morte e não foi legal, não foi (2). Minha família ficou muito chateada (2) e eu acho que não vale a pena, se a gente tá triste, com raiva, ou brigou com alguém, é pensar em outra coisa e não pensar no suicídio (2) cê entendeu? Porque não vale a pena não, porque eu acho que a vida quem colocou foi Deus e quem deveria, quem deve tirar é Deus, então não existe essas coisas de fazer mais suicídio (3). Pra mim acabou, eu nunca mais na minha vida, não faço mesmo (2), eu hoje eu sou feliz, tenho meu namorado, tenho meu emprego, tenho uma família feliz (4) cê entendeu? Tenho ótimos sobrinhos, então pra mim acabou e isso pra mim não existe mais (4), quando eu tô triste eu não penso nisso mais, quando eu tô desesperada eu não penso (2), cê entendeu? eu não quero fazer isso mais, foi assim coisa de momento mesmo. Não vinha mais nada na minha cabeça, vinha um branco na cabeça que tudo que a gente achava na frente, todo tipo de comprimido a gente toma (1), né, mais infelizmente a vida é assim né, a gente tem os altos e tem os baixos (2), mas acabou eu nunca mais faço isso não entendeu? E falando pro pessoal que se for pra olhar isso melhor sair de casa, ficar uns tempo fora, esfriar a cabeça, melhor que fazer a tentativa de suicídio (2), porque o que a gente sofre (2), e as vezes a gente até vê um preconceitinho aí, na parte, porque comigo teve (5), cê entendeu? De arrumar serviço é muito difícil depois que o pessoal ficou sabendo (5), entendeu? E eu consegui esse aqui porque minha patroa confiou mesmo e graças a Deus confia muito ni mim (5) e eu rezei bastante (3), entendeu. Então pra mim não vale a pena mais não, e agora eu sou feliz do jeito que eu sou (4), nem gosto de lembrar o passado mais (2)...*neste momento ela deu uma risada um pouco sem graça.* Cê entendeu? Nem penso mais nisso, quando as pessoas me perguntam eu não respondo, fico calada né, então. Eu agora tô tranqüila, nem penso pra mim não (4). Tentativa de suicídio pra mim é isso, é desespero, a pessoa está desesperada cê entendeu? A pessoa tá sem saída (1), a pessoa tá sei lá... A pessoa quer fazer uma coisa, na mesma hora que quer fazer já num quer, só que acaba fazendo. Tem uma coisa dentro da gente que acaba incentivando a gente a fazer (1) Cê entendeu? e é assim e não vale a pena não. É só isso. Tá bom? Você tem mais alguma coisa pra falar, qual foi o significado disso na sua vida, você quer me falar alguma coisa? O significado disso na minha vida foi péssimo, não gostei, arrependi e se for pra mim fazer isso de novo, não faço não nem, não vale a pena mesmo (2), não vale cê entendeu? A gente sofre mesmo, preconceitos, a gente vai arrumar um serviço aqui e ah num pode aí joga na cara, dentro de casa briga com a família e aí vai tinha vez que jogava na minha cara, (5) cê entendeu? Então a gente fica assim muito pra baixo (5), então assim acabou, pra mim isso não vale a pena mais não. Tá bom, quer que eu fale alguma coisa? *Pergunto a Franciele se ela quer falar*

mais alguma coisa e ela responde: O que eu tenho pra falar e isso. é complicado. A partir desse momento mergulhamos num profundo silêncio no qual permanecemos por alguns minutos até que o celular de Franciele toca. A jovem atende o telefone e em seguida me chama para um café, não tocando mais no assunto da entrevista.

APÊNDICE F – Entrevista 4

A.S – 16 anos

Nome Fictício da Entrevistada- Mariana

O que foi para você a tentativa de suicídio?

Tipo assim, **eu tava passando por um momento difícil, aí a única coisa que veio na minha cabeça desistir de tudo, pra vê se acabava (1)**, só que **no final eu arrependi de ter feito isso (2)**, aí foi isso. *Na primeira parte, a adolescente permaneceu com a mão na boca o tempo todo. Após seis minutos de silêncio, a adolescente abaixa a cabeça e começa a mexer em sua perna, a força de seus dedos deixava a pele marcada, o pé balançava. Tive a impressão de que a adolescente estava chorando, mas não conseguia identificar a veracidade dessa sensação, pois nesse momento a cabeça da adolescente estava praticamente encostada no peito. Então perguntei: Mariana está tudo bem? Tudo, respondeu a jovem. ... silêncio ... Você quer me falar mais alguma coisa, o significado pra você dessa tentativa?* Tipo assim, não teve significado nenhum, **eu queria só um resultado (2)**, dá no mesmo, mas **ainda bem que não aconteceu, que nada de ruim aconteceu (2)....silêncio.... eu pensei que ia mudar alguma coisa, mas não mudou nada (2)**. *...Silêncio... Após mais um longo tempo de silêncio, Mariana olha pra mim, arregala os olhos como se estivesse questionando sobre a minha presença e começa um movimento de vai e vem com o corpo, indicando impaciência, continua apertando sua perna com brutalidade e eu pergunto se ela quer encerrar, a jovem diz: Você quem sabe... Pergunto a Mariana o que tem mais para falar e ela diz que não tem mais nada o que falar. Assim encerramos e entrevista.*

ANEXO A – Carta de Anuência

Carta à Secretária Municipal de Saúde de Itabira/MG

Belo Horizonte, 01 de setembro de 2008.

Ilmo. Sra. Secretária,
Tânia Regina Mota Pessoa Guimarães Camilo

Solicito sua autorização para entrevistar adolescentes, usuários do serviço de saúde da rede básica do município de Itabira, pertencentes ao Distrito de Senhora do Carmo.

Os dados coletados durante a entrevista serão utilizados na pesquisa: “Tentativa de auto-extermínio entre jovens e adolescentes: compreendendo o fenômeno”, que estou desenvolvendo como mestranda do curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, sob a orientação da Professora Doutora Anézia Moreira Faria Madeira.

Venho informar-lhe que sou enfermeira e atuo na Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Municipal Odilon Behrens, Belo Horizonte, e que em 2006 atuei na Equipe de Saúde da Família de Senhora do Carmo, como estagiária de Enfermagem.

A escolha pelo município se deu pela vivência no atendimento a adolescentes, que tentaram o auto-extermínio no Distrito de Senhora do Carmo, no primeiro semestre de 2006, como estagiária de Enfermagem do Internato Rural da EEUFMG.

Os sujeitos deste estudo serão adolescentes e jovens de Senhora do Carmo, que já atentaram contra a própria vida.

Aos adolescentes que aceitarem participar da pesquisa e a seus responsáveis legais, será apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para utilização de suas falas, o qual deverá ser lido e assinado previamente e onde constarão proposições para esta investigação, como a assunção de minha parte de preservação do sigilo quanto ao nome dos participantes, bem como o restrito uso das informações para a pesquisa e divulgação dos resultados em trabalho de cunho científico.

O objetivo desta pesquisa é compreender o significado da tentativa de auto-extermínio para jovens e adolescentes que já atentaram contra própria vida. Para a realização desta pesquisa optei por uma abordagem metodológica fenomenológica. O material de estudo utilizado será o relato pormenorizado de cada sujeito sobre sua vivência em realizar a tentativa de auto-extermínio.

Após o aceite do convite em participar da pesquisa os adolescentes e jovens serão questionados com a seguinte interrogação: O que foi, para você, a tentativa de auto-extermínio.

A narrativa dos sujeitos que se segue a esta pergunta, específica em entrevista aberta, estabelecida como instrumento de coleta de dados utilizada nesta investigação, será gravada e em seguida transcrita e lida com o objetivo de identificar e interpretar as idéias principais e posteriormente categorizá-las. Para preservar a identidade dos participantes seus nomes serão omitidos.

Coloco-me à disposição de V. Sa para quaisquer esclarecimentos. Antecipo meus agradecimentos, certa de poder contar com sua colaboração.

Atenciosamente,

Liliane de Lourdes Teixeira Silva.

Contato com a pesquisadora:

Rua Guajajaras, n. 329, apt. 1201 bloco B, Centro, Belo Horizonte – Minas Gerais

Telefones: (31) 3222-4497, (31) 9823-8675

E-mail: lilanets@yahoo.com.br

*De Liliane de Lourdes
Teixeira Silva
11/11/03*

Tânia Regina M. P. G. Camilo
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Itabira

ANEXO B – PARECER COEP-UFMG

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 004/09

**Interessado(a): Profa. Anézia Moreira Faria Madeira
Depto. Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 11 de março de 2009, o projeto de pesquisa intitulado "**Tentativa de auto-extermínio entre jovens e adolescentes: compreendendo o fenômeno**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. T. Marques Amaral'.

**Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**